



W. EBSTEIN

☞ DIE CHRONISCHE
STUHLVERSTOPFUNG





178676



Digitized by the Internet Archive
in 2012 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

DIE CHRONISCHE
STUHLVERSTOPFUNG

IN DER
THEORIE UND PRAXIS

VON

Dr. WILHELM EBSTEIN

GEH. MEDIZINALRAT, O. Ö. PROFESSOR DER MEDIZIN UND DIREKTOR DER
MEDIZINISCHEN KLINIK UND POLIKLINIK IN GÖTTINGEN.



STUTTGART.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1901.

114 B

V o r w o r t.

Die habituelle Darmträgheit und ihre so häufige Folge, die chronische Stuhlverstopfung, und die mit beiden vergesellschafteten grossen und kleinen Leiden, zählen unbestritten unter die lästigsten und häufigsten Plagen des Menschengeschlechts. Es nimmt daher nicht wunder, dass schon im Altertum die dagegen gerichteten Heilbestrebungen eine grosse Rolle spielten. Der Ausbau der Theorie und Praxis dieses immerhin verwickelten Gebietes beschäftigt auch in unserer Zeit zahlreiche Forscher. Ist auch, wie so oft, die Praxis der Theorie in mancher Beziehung vorausgeeilt, so muss jedenfalls eine gute wissenschaftliche Durchbildung als eine selbstverständliche Voraussetzung von denjenigen gefordert werden, welche die genannten Krankheitszustände mit Erfolg behandeln wollen. Das Kurpfuschertum, welches sich so oft unter der einen grossen Teil des grossen Publikums irreführenden Bezeichnung „Naturheilkunde“ breit macht, spielt hier eine verhängnisvolle Rolle, und ihm den Boden abzugraben, liegt im Interesse der Sache. Wollen die Aerzte diese Auswüchse ihres „Gewerbes“ beseitigen, so giebt es dafür nur einen reellen und Erfolg versprechenden Weg. Sie müssen durch

ihre Leistungen unentwegt den Nachweis liefern, dass dieser Aftermedizin die ärztliche Wissenschaft und Kunst auch im „Kurieren“ weit überlegen sind; denn das Endziel der wissenschaftlichen Medizin ist das Heilen, und, wo dieses nicht möglich ist, das Lindern der menschlichen Leiden.

Behalten die Aerzte diese Ziele fest im Auge, und verfolgen sie dieselben mit Ernst und Energie in dem unablässigen Streben, die Wahrheit zu finden im Interesse der ihre Hilfe suchenden Kranken, dann werden sie meiner Ansicht nach nicht nur der guten Sache, sondern sich selbst am besten dienen.

Göttingen, den 26. August 1901.

Wilhelm Ebstein.

Inhaltsangabe.

	Seite
I. Einleitung, Definition und klinische Terminologie . . .	1—6
II. Allgemeine Aetiologie der chronischen Stuhlverstopfung .	7—13
III. Klinisches und Anatomisches über die infolge von habitueller Stuhlträgheit sich entwickelnde chronische Stuhlverstopfung	14—90
1. Die bei der habituellen Stuhlträgheit und bei der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Krankheitserscheinungen seitens des Darmes	14—50
2. Die die habituelle Stuhlträgheit und die chronische Stuhlverstopfung complicirenden Magenaffektionen .	50—63
3. Die die habituelle Stuhlträgheit und die chronische Stuhlverstopfung complicirenden Herzaffektionen .	63—70
4. Die infolge der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung sich entwickelnden Störungen des Nervensystems	70—81
5. Die infolge der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Ernährungsstörungen	81—83
6. Beziehungen der chronischen Stuhlverstopfung zu den Erkrankungen der Harnorgane	83—88
7. Beziehungen der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation zu der Fettleibigkeit, zur Gicht und zu der Zuckerkrankheit	88—90
IV. Ueber die Ursachen der bei der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Krankheitserscheinungen	91—96

	Seite
V. Dauer, Verlauf und Ausgänge der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung	97—103
VI. Diagnose der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung	104—110
VII. Prognose der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung und ihrer Folgezustände	111—113
VIII. Behandlung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung ,	114—205
IX. Casuistische Belege	206—244
X. Ueber die physiologischen Wirkungen der bei der Behandlung der Koprostase im VIII. Kapitel empfohlenen Klysmen	245—255
Alphabetisches Sachregister	256—258

I. Einleitung. Definition und klinische Terminologie.

Es ist nicht die Aufgabe der nachfolgenden Blätter, alle chronischen Stuhlverstopfungen und deren Behandlung in den Kreis der Betrachtung zu ziehen, sondern im wesentlichen nur diejenigen Fälle, von welchen man gewöhnlich anzunehmen pflegt, dass sie als Folge „habituelle Stuhlträgheit“ sich entwickelt haben. Unter habituellen Krankheiten fasst man diejenigen Störungen zusammen, welche durch das körperliche Verhalten, sowie durch die gewöhnliche Lebensweise herbeigeführt werden. Habituelle Stuhlträgheit würde also als eine durch die Lebensweise und die Art des betreffenden Individuums bedingte anzusehen sein. So richtig dies auch im allgemeinen sein mag, so werden wir doch im Verlauf der Darstellung erfahren, dass bei der Entwicklung und bei dem Verlauf der infolge von habitueller Stuhlträgheit entstandenen chronischen Stuhlverstopfung angeborene oder durch pathologische Prozesse bedingte Fehler der Organisation sehr häufig einen wesentlichen Anteil haben. Jedenfalls aber werden aus dem Begriff der habituellen, eingewurzelten, zur Gewohnheit gewordenen Stuhlträgheit und der danach entstandenen Stuhlverstopfung alle diejenigen Fälle auszuschalten sein, bei denen die Stuhlträgheit, bzw. die Stuhlverstopfung lediglich als Symptome einer selbständigen, mehr oder weniger schweren Organerkrankung — sei es des Darms selbst oder irgend eines anderen Organs — oder einer

sogenannten konstitutionellen Erkrankung zustande kommen. Es ist von vornherein zuzugeben, dass es unter Umständen recht schwierig sein kann, zu entscheiden, ob eine chronische Stuhlverstopfung lediglich in dem angegebenen Sinne eine infolge habitueller Darmträgheit zustande gekommene oder eine lediglich symptomatische ist. Es gehört die Entscheidung hierüber in einer Reihe von Fällen zu den schwersten Aufgaben der klinischen Diagnostik. Im wesentlichen wird sich dies zwar erst aus der nachfolgenden speziellen Darstellung ergeben, indessen mögen hier doch schon einige erläuternde Beispiele vorausgeschickt werden. Hat man Gelegenheit Menschen zu secieren, welche an hartnäckiger Stuhlverstopfung gelitten haben, und die man allgemein, weil während des Lebens ein materielles, die Pathogenese aufklärendes Substrat nicht gefunden werden konnte, als infolge habitueller Stuhlverstopfung entstanden ansprechen zu dürfen meinte, so wird man in solchen Fällen nichtsdestoweniger bei der anatomischen Untersuchung oft genug eine andere Erklärung für die chronische Stuhlverstopfung finden. Ich erinnere hier nur an die peritonitischen Adhäsionen und Verwachsungen der Därme, an die Verlagerungen des Quercolon und andere Befunde, welche die Untersuchung während des Lebens nicht klar zu stellen vermochte. Freilich werden wir uns angesichts solcher Befunde in allen Fällen, wo auf allgemeine diffuse oder unschriebene Unterleibsentzündungen chronische Stuhlverstopfung folgt, daran erinnern müssen, dass die letztere durch die ersteren bedingt sein kann. Oft genug indes entstehen solche Verlötungen der Därme vollkommen symptomlos, ohne jeden nachweisbaren Krankheitsprozess des Bauchfelles. Jedenfalls rückt in den betreffenden Fällen angesichts solcher Veränderungen die chronische Stuhlverstopfung aus dem Kreise der durch habituelle Stuhlträgheit bedingten Fälle in den der symptomatischen Erkrankungen. Zu den letzteren gehören natürlich z. B. alle chronischen Stuhlverstopfungen, die im Verlaufe von starken andauernden Wasserverlusten des Körpers

auftreten. Ich erinnere an die so quälende Stuhlverstopfung vieler Diabetiker. Ferner gehören hierher alle die chronischen Stuhlverstopfungen, denen wir bei den durch Krankheitsprozesse mannigfacher Art entstehenden Darmstenosen begegnen. Bevor wir aber weiter auf ätiologische Fragen eingehen, erscheint es nützlich, einige Bemerkungen über die Terminologie der Stuhlverstopfung hier einzuschalten.

Die Terminologie des uns hier interessierenden Zustandes ist keineswegs eine einfache und es ist sogar teilweise recht schwer, für die mannigfachen Bezeichnungen die richtige Quelle, welcher sie entstammen, aufzufinden.

Es mögen, um dies zu erweisen, einige Andeutungen genügen. Das Wort „Stuhlverstopfung“ wird, obwohl es recht volkstümlich ist, in einer Reihe von Wörterbüchern der deutschen Sprache nicht angeführt. M. Heyne¹⁾ erwähnt dagegen den „verstopften Leib“, bei Zedler²⁾ finden wir die Bezeichnung „verschlossener Leib“. Der Ausdruck: „hartleibig“ erscheint wohl geläufiger. „Harter Leib“ wird bei M. Heyne als ein Leib definiert, der den Stuhlgang weigert. Auch bei Höfler³⁾ finden wir das Wort „hartleibig“ und zwar mit der Bemerkung, dass die „Härte“ als klinisches Symptom nicht vor dem 15. Jahrhundert sich festgestellt zu haben scheint, und zwar wohl zumeist als „Kotverstopfung“. Diese Bezeichnung scheint thatsächlich korrekter, als das so vielgebrauchte Wort: „Stuhlverstopfung“. Nichtsdestoweniger und obgleich die Worte Hartleibigkeit und Verstopfung (des Leibes) danach am ehesten die zur Anwendung zu bringenden Bezeichnungen zu sein scheinen, ist der Name: „Stuhlverstopfung“ bei den Aerzten ein so geläufiger, dass ich auch in der nachfolgenden Darstellung darauf nicht habe verzichten mögen. Betreffs der lateinischen Bezeichnungen

¹⁾ M. Heyne, Deutsches Wörterbuch. Leipzig 1890—1893.

²⁾ J. H. Zedler, Universallexikon. Leipzig 1732—1751.

³⁾ Höfler, Deutsches Krankheitsnamenbuch. München, 1899.

schreibt die klinische Terminologie von Roth¹⁾ „constipatio“, s. „obstructio (sc. alvi)“, dagegen wird das Wort: „obstipatio“ als ein fälschlich für „constipatio“ gebrauchtes bezeichnet. Bei A. Forcellini²⁾ wird „constipatio“ nur als im militärischen, aber nicht im medizinischen Sinne gebraucht angeführt, das Wort „obstipatio“ fehlt bei Forcellini ganz, nur das Zeitwort: „obstipare“ ist vorhanden. Ferner haben weder Stephen Blancard³⁾ noch Kraus⁴⁾ das Wort „constipatio“. Ersterer hat das Wort: „obstipitas“, aber nicht in dem Sinne der Hartleibigkeit. Bei Kraus fehlt gleichfalls das Wort: „obstipatio“. Bei Zedler (l. c.) vermessen wir auch beide Bezeichnungen. Hier wird nur von „alvi adstrictio, suppressio, alvi segnitias, alvus pigra et segnis“ gesprochen. „Alvi adstrictio“ ist die von Jo. B. Morgagni in seinem berühmten Werke: „De sedibus et causis morborum“ gebrauchte Bezeichnung. Er hat diesem Thema ein lebhaftes Interesse zugewendet, wie wir später noch sehen werden. Auch bei Georges⁵⁾ finden wir nur die Bezeichnungen: „alvus astricta“ oder „restricta“ und bei Sueton (Nero Cap. 34) „durtia alvi“. Die Bezeichnung: „obstructio“ wird von Forcellini nicht im medizinischen Sinne gebraucht. Auch in der Praxis medica s. commentarium in aphorismos Hermanni Boerhave de cognoscendis et curandis morbis⁶⁾ ist der Begriff: „obstructio“ lediglich folgendermassen definiert: obstructio est talis canalis obturatio, unde transfluxus illius humoris naturaliter per

1) O. Roth, Klinische Terminologie, 5. Aufl. Leipzig 1897.

2) A. Forcellini, Totius latinit. lexicon auct. cur. V. De-Vit. Prati 1858—1875.

3) Steph. Blancardi, Lexicon medicum renovatum u. s. w. Lugd. Batav. 1717.

4) L. A. Kraus, Kritisch-etymologisches medicinisches Lexikon u. s. w. Göttingen u. Wien 1826.

5) K. E. Georges, Ausführl. lat.-deutsches Handwörterbuch, 7. Aufl. Bd. 1. 2. Leipzig 1879—80.

6) Pars prima. Editio IV. Trajecti ad Rhenum 1745. S. 238.

hunc canalem fluentis impeditur. Aehnlich definiert St. Blacard, aber noch ein wenig umständlicher, jedenfalls aber nicht mit Rücksichtnahme auf die Hartleibigkeit. Bei Kraus findet sich das Wort „obstructio“ gar nicht erwähnt. Das Wort: „Obstruction“ zu gebrauchen erscheint mir nicht rätlich. Die Bezeichnung des Wortes ist nicht eindeutig, weil es bei den englischen und amerikanischen Beobachtern einen weiteren Begriff umfasst als den der Verstopfung der Därme mit Kot¹⁾; es bedeutet hier Darmverschluss im allgemeinen. W. Osler²⁾ spricht auch lediglich in diesem Sinne von einer intestinal obstruction. Er versteht darunter die Undurchgängigkeit aus den verschiedensten Ursachen, also nicht nur die Darmverstopfung, sondern auch den Darmverschluss durch Strangulation, durch Invagination des Darms u. s. w. Um Missverständnisse zu vermeiden, erscheint es, wie schon gesagt, zweckmässig, die in Deutschland vielfach noch gebrauchte Bezeichnung „Obstruction“ für „Stuhlverstopfung“ fallen zu lassen. Trotz des anscheinend nicht klassischen Ursprungs des Wortes: „constipatio“ möchte ich dasselbe doch befürworten, schon weil es von den englischen³⁾, französischen und italienischen modernen medi-

¹⁾ cf. z. B. Philips observations on intestinal obstructions, depending on internal causes and the means to be employed for their relief. Medico chirurgic. transactions. Vol. XXXI. London 1848, pag. 1.

²⁾ W. Osler, the principles and practice of medicine. 3. edition. Edinburgh und London 1898, pag. 531.

³⁾ cf. Th. K. Chambers, Lectures. London 1864, pag. 532 und The indigestions etc. London 1867, pag. 252. Chambers unterscheidet: „Costiveness“ und „Constipation“ im Gegensatz zu „Diarrhoea“ Bei „Costiveness“ ist nach Chambers die Menge der Faeces zu gering, bei „Constipation“ sei dagegen die dieselben austreibende Kraft mangelhaft. Diese Erklärung kann nicht befriedigen, weil bei „Costiveness“ der Grund für die geringe Menge der Faeces fehlt, während bei „Constipation“ lediglich eine Erklärung für dieses Symptom gegeben wird, welches doch auch als letzter Grund bei der „Costiveness“ angenommen werden muss. Aus Chambers' weiterer Darstellung glaube ich entnehmen zu dürfen, dass er „Costiveness“ wenigstens im allgemeinen mit „der habituellen Stuhlträgheit“, „Constipation“ aber mit

zinischen Autoren, wenn auch vielleicht nicht nur ausschliesslich, aber doch mit besonderer Vorliebe gebraucht wird; „Obstipation“, übrigens in Heyses Fremdwörterbuch neben „Constipation“ aufgeführt, würde demnach als unnütz, oder doch zum mindesten als entbehrlich angesehen werden dürfen. Das griechische Wort: „Koprostase“ in Heyses Fremdwörterbuch als „Koprostasie“ bezeichnet, kann füglich beibehalten werden. Es ist mehr gebraucht als „Kotstauung“ oder „-stockung“. Wenn in der Rothschen Terminologie angeführt wird, dass man darunter die Kotanhäufung im Dickdarm verstehe, so mag dem gegenüber bemerkt werden, dass als der Sitz der Hartleibigkeit, der Constipatio, überall lediglich das Colon angesehen werden muss. Uebrigens wird bei Blancard das Wort: „Coprostasia“ als synonym mit „Hartleibigkeit“ angeführt. Auch bei Kraus finden wir es und zwar wird es hier definiert als: „gänzliche Verstopfung des Darmkanals“.

der „chronischen Stuhlverstopfung“ synonym erachtet. Beide Zustände werden übrigens auch bei uns in Deutschland von einer grossen Reihe von Autoren nicht genügend auseinandergehalten. Die habituelle Stuhlträgheit ist die Vorbedingung für jede chronische Constipation, die erstere kann aber lange bestehen ohne letztere zu erzeugen. In unseren englischen Wörterbüchern werden sowohl „Costiveness“ wie „Constipation“ mit „Verstopfung“ übersetzt. Soviel ich erfahren konnte, macht auch das englische Publikum keinen scharfen Unterschied zwischen beiden Worten, von denen „Constipation“ das geläufigere zu sein scheint.

II. Allgemeine Aetiologie der chronischen Stuhlverstopfung.

L. Traube¹⁾ hat nach einem von ihm in der Klinik gehaltenen Vortrage über die verschiedenen Ursachen der Stuhlverstopfung sich folgendermassen geäussert. Er nimmt für die Trägheit der Darmbewegung oder besser ausgedrückt, für die verzögerte Bewegung des Darminhalts 1. die verminderte Leistung der Darmmuskulatur und 2. die Vermehrung des von den Darmmuskeln zu überwindenden Widerstandes als Ursachen an. Die verminderte Leistung der Darmmuskeln kann ihrerseits durch zwei Ursachen bedingt sein; nämlich a) durch Störungen ihrer Innervation oder b) durch molekuläre Veränderungen der Muskelsubstanz selbst. Zu der infolge von a) bestehenden Verstopfung rechnet Traube die bei verschiedenen Hirnaffektionen zustande kommende abnorme Erregung des centralen Theils des Darmnervensystems. Hierher zählen überdies auch die Verstopfungen, welche beim Mangel derjenigen Substanzen im Darminhalt entstehen, welche — wie dies die Gallensäuren im Darm und die Kohlensäure im Blut thun — auf die Darmschleimhaut erregend wirken und auf reflektorischem Wege peristaltische Bewegungen auszulösen vermögen. Zu den infolge von molekulären Veränderungen der Darmmuskulatur entstehenden

¹⁾ L. Traube, Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie, III. Band, Berlin 1878, Seite 484.

Verstopfungen zählt Traube die bei der Bleivergiftung¹⁾ auftretende, sowie die Verstopfung, welche durch die bei der Ausdehnung des Darmes entstehende Atonie desselben bedingt wird.

Häufiger als die durch verminderte Leistungsfähigkeit des Darmes veranlasste Verstopfung, welche als die erste Kategorie aufgeführt wurde, ist die zweite Art der Verstopfung, die infolge unzureichender Fortbewegung des Darminhalts entsteht, die ihrerseits durch abnorme Widerstände veranlasst wird, welche sich derselben entgegenstellen. Traube führt als hierher gehörige Beispiele die Fälle von Verstopfung an, welche infolge der Verengung des Anus durch Hämorrhoidalknoten, ferner die durch Knickungen des Darms bedingt sind, endlich die durch Kompression des Darms von seiten des dislocierten Uterus (Ante- und -Retroflexio uteri) veranlasst werden. Bereits Soranus der Aeltere von Ephesus²⁾ (100 n. Chr.) erwähnt, dass bei der Entzündung des Uterus „der Stuhlgang ausbleibt und dass die Winde nicht durchgehen“. Als die gewöhnlichste Ursache der Verstopfung bezeichnet Traube mit Recht diejenige, welche infolge einer Darmatonie entsteht. Er hebt hervor, dass Kranke, welche an solcher Darmatonie leiden, sich in einem Circulus vitiosus befinden. Der Verlauf desselben ist gewöhnlich folgender. Der Stuhlgang wird zunächst willkürlich angehalten, infolgedessen kommt es zu einer Anhäufung und Eindickung des Inhalts mit konsekutiver Ausdehnung des Darmes. Durch die Lähmung der Darmwand wird die Muskulatur geschwächt, und dieses Moment wirkt für sich von neuem begünstigend auf die Anhäufung des Inhalts u. s. w. Traube hat somit bei dieser häufigsten durch Darmatonie bedingten Form der Verstopfung nur diejenige im Auge, welche wir als die durch

¹⁾ Vergl. hierzu in Anton von Haëns Heilungsmethoden — Deutsch von Platner, Leipzig 1779—85 — die Stellen, wo er von der Kolik von Poitou (Bleikolik) handelt, z. B. u. a. Bd. 9 Seite 130.

²⁾ Die Gynaekologie des Soranus von Ephesus. — Deutsch von Lüneburg und J. Ch. Huber, München 1894, S. 109.

„habituelle Darmträgheit“ hervorgerufene „chronische Verstopfung“ zu bezeichnen pflegen, d. h. bei der wir annehmen, dass die Darmträgheit und die dadurch bedingte Verstopfung durch die Lebensgewohnheiten des betr. Individuums, welche die Peristaltik des Darmes und die Fortbewegung seines Inhalts schädigen, gross gezogen werden.

Es giebt aber eine grosse Reihe von Darmatonien, bei denen von einer solchen „willkürlichen Kotzurückhaltung“ als Ursache der Darmatonie nicht die Rede sein kann, sondern wo der Kot sehr gegen den Willen der betreffenden Individuen im Darne zurückgehalten wird, und wo die Darmatonie lediglich dadurch entsteht und unterhalten wird, dass die Muskelhaut des Darmrohrs in irgend einer Weise geschädigt wird, sei es, dass zunächst Gewebsveränderungen der Darmwand auftreten, oder dass in erster Reihe irgendwelche Störungen, welche eine Hemmung der Fortbewegung des Darminhalts bedingen, zur Entwicklung kommen. Es können solche mechanische Behinderungen theils innerhalb, theils ausserhalb des Bereichs des Darmes ihren Grund haben. Diese mechanischen Hindernisse innerhalb des Bereichs des Darmes können ganz geringfügiger Natur sein. Ich erinnere nur an so manche anscheinend unbedeutende Verwachsungen des Darmes mit anderen Theilen, welche nichtsdestoweniger schwere Störungen in der Darmbewegung veranlassen können. Nach einer gewissen Zeit pflegen solche Adhäsionen, auch wenn sie nur einzelne Schlingen des Darmes betreffen, die Energie der Darmbewegung erheblich zu schädigen und schliesslich zu den hochgradigsten Atonien des Darmes führen. Virchow¹⁾ hat diesen infolge einer chronischen circumscripten Peritonitis entstehenden Verwachsungen des Darms, von denen später noch die Rede sein wird, eine grosse Bedeutung zugeschrieben. Auch von den Anomalien der Lage, Form und Grösse des Dickdarms, welchen bei der Aetiologie der chronischen Constipation gleichfalls eine grosse

¹⁾ R. Virchow, Historisches, Kritisches und Positives zur Lehre der Unterleibsaffektionen; in dessen Archiv V. Bd. (1853) S. 281 u. flgde.

Bedeutung zukommen kann, soll später noch gesprochen werden. Dass die Darmatonien auch durch Störungen veranlasst werden können, welche völlig ausserhalb des Bereichs des Darms selbst liegen, lehren die infolge der Schädigung der Bauchpresse herbeigeführten Darmatonien. Wollte man alle verschiedenen hierbei möglicherweise in Betracht kommenden mechanischen Momente in und ausserhalb des Darmes und die zwischen beiden denkbaren Kombinationen einzeln aufzählen, so würde dies nicht nur auf sehr grosse Schwierigkeiten stossen, sondern schliesslich würde ein solcher Versuch doch nur ein recht unvollkommenes Ergebnis liefern. Ich werde aber nichtsdestoweniger unter Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis nicht verfehlen, mindestens die wichtigsten der hierbei in Betracht zu ziehenden ätiologischen Momente noch etwas genauer zu besprechen. Zunächst seien schon an dieser Stelle der chronische Darmkatarrh und verwandte Zustände erwähnt. Ebenso wie im Laufe der Zeit ein chronisch entzündlicher Prozess der Magenschleimhaut, über deren Grenzen hinausgehend, auch die Muskelhaut des Magens in Mitleidenschaft zieht und eine Insufficienz seiner Muskulatur herbeiführt, so wird auch beim chronischen Katarrh des Darmes früher oder später die Muskularis des Darmrohrs gleichfalls von dem Entzündungsprozesse ergriffen. Hierdurch muss naturgemäss ihre Contraktionsfähigkeit Schaden leiden, und eine auf Atonie beruhende Anenergie der Muskularis des Darms herbeigeführt werden. Bevor aber die letztere eintritt, wird, wofern der den Darm treffende Reiz nicht so intensiv ist, dass er sofort eine Lähmung des Darmes bewirkt, ein Reizzustand desselben zustande kommen, welcher auf reflektorischem Wege Contraktionen der Darmmuskulatur in Form von Krampfzuständen auslöst, wodurch ebenso wie durch fehlende Energie des Darms die Fortbewegung seines Inhalts gehemmt werden wird. Auch bei völliger Gesundheit des Darms können solche krampfhaft Contraktionen desselben durch die seine Wand bzw. seine Schleimhaut treffenden Reize ausgelöst werden.

In solchen Fällen wird also ein Krampf des Darms eine Constipation herbeiführen. Atonie und Spasmus können gleichzeitig in demselben Darms wirksam sein. Oberhalb einer gereizten und durch längere Zeit hindurch sich immer wieder krampfhaft kontrahierenden Darmpartie würde sich ein passives, energieloses Verhalten des Darms kundgeben, wofür nicht, wie das stets beim lebendigen Darm der Fall sein wird, erhöhte Widerstände zu überwinden waren. Es wird sich also eine Kompensation durch Hypertrophie oder Hyperplasie der Muskulatur des oberhalb der Stenose gelegenen Darmtheiles entwickeln, welche die vorhandenen Hindernisse zu überwinden vermag. Jedenfalls steht soviel erfahrungsgemäss fest, dass infolge solcher immer sich wiederholender Spasmen schliesslich auch Erweiterungen des Darms mit ansehnlichen fäkalen Anhäufungen zustande kommen können. Ich erinnere an den Krampf des Sphincter ani im Gefolge von dort sich lokalisierendem entzündlichen Prozessen, welche einen heftigen Reizzustand desselben mit reflektorischer spastischer Kontraktion dieses Muskels herbeiführen. Indessen wollen wir hier in Uebereinstimmung mit W. Fleiner¹⁾ nur diejenige Form der Verstopfung als eine krampfhaft bezeichneten, bei welcher feste Kotmassen durch kontrahierte Darmabschnitte festgehalten und in ihrer Fortbewegung gehindert werden²⁾. Was Fleiner für diese Form der Verstopfung als charakteristisch erachtet, ist die Form der Faeces. Dieselben sind theils kleinkalibrig, kugelig, theils cylindrisch rund, in Form von theils längeren, theils kürzeren Stäbchen, aber — was dabei ausschlaggebend ist — nicht dicker als

¹⁾ W. Fleiner. Ueber die Behandlung der Constipation und einiger Dickdarmaffektionen mit grossen Oelklystieren. Berliner klin. Wehnschr. 1893. Nr. 3 und 4. (Diese Arbeit ist auf Anregung und unter dem Einfluss von A. Kussmaul entstanden.)

²⁾ Nach C. A. Wunderlich (Handbuch der Pathologie und Therapie. 2. Aufl. Bd. III c. Stuttgart 1856, S. 75) kann u. a. die Verstopfung auch durch eine krampfhaft Kontraktion oder Hypertrophie der Muskeln (ziemlich selten, am ehesten zwischen S. romanum und Rectum oder an den Sphinkteren) bewirkt werden.

der kleine Finger, häufig nur bleistift dick. Diese cylindrisch geformten Massen sind durchaus typisch für die spastische Form der chronischen Stuhlverstopfung, die rundkugeligen aber nur dann, wenn sie konstant beobachtet werden, denn vereinzelt begegnen wir auch bei der atonischen Form solchen kleinen, den Dickdarmhaustris entstammenden Kotkugeln. Diese Form der Verstopfung ist nach *Fleiners* Angaben vorwiegend bei nervösen Personen: reizbaren Neurasthenikern, Hypochondern, Frauen mit Uterusleiden zu beobachten. Ich möchte bemerken, dass nach meinen Erfahrungen die nervösen Erscheinungen vielleicht ebenso häufig die Folge der spastischen Constipation sind. Dagegen kann ich die Mitteilungen *Fleiners* über die Häufigkeit dieser spastischen Constipation lediglich bestätigen. *Fleiner* sieht als das Paradigma für die spastische Constipation die mit Hartleibigkeit verbundene Bleikolik an, welche, wie bereits erwähnt wurde, von *Traube* auf eine molekuläre Veränderung der Darmmuskulatur zurückgeführt wird. Indes hat *Traube*¹⁾ über die spastische Natur der Constipation bei der Bleikolik eine der *Fleinerschen* durchaus entsprechende Ansicht gehabt. Er äussert sich nämlich in dieser Beziehung folgendermassen: Unter der Einwirkung des Bleis entstehen krampfartige Contraktionen einzelner Darmteile. Dadurch häuft sich der Darminhalt an anderen Teilen des Darmrohrs an. Diese werden ausgedehnt und die zeitweise an ihnen eintretenden peristaltischen Bewegungen vermehren, indem sie den Darminhalt nicht fortreiben können, die Spannung der Darmwand. Es giebt diese *Traubesche* Schilderung, welche aus dem Jahre 1865 stammt, einen durchaus zutreffenden Kommentar für die von *Fleiner* beschriebene spastische Constipation. Wie ich bereits vorhin erwähnte, können Spasmus und Atonie im Darm desselben Individuums gleichzeitig neben einander vorkommen, und man ist füglich berechtigt, Mischformen beider Arten der Constipation, der

¹⁾ *Traube*, l. c. (Gesammelte Beiträge u. s. w. III.) S. 486.

atonischen und der spastischen anzunehmen. In solchen Fällen wird die letztere der Natur der Sache nach wohl stets als das Primäre angesehen werden müssen. Die spezielleren ätiologischen Verhältnisse, insbesondere auch die hierbei mitspielenden anatomischen Fragen, werden am zweckmässigsten teils bei der Schilderung der Symptomatologie, teils bei der Besprechung der Therapie abgehandelt werden. Hier möge nur noch eine Bemerkung beigefügt werden. Nothnagel¹⁾ und ihm folgend manche andere unterscheiden drei Gruppen der Constipation. Die erste umfasst die Fälle, bei denen dieselbe von gewissen noch physiologischen Faktoren abhängt, durch deren Aenderung sie beeinflusst werden kann. Zu der zweiten Gruppe gehören alle die Fälle, wo die Constipation als Folgezustand bestimmter pathologischer Zustände als mehr oder minder wichtiges Symptom neben einer Reihe anderer besteht. In die dritte Gruppe gehören nach Nothnagel die Fälle von Constipation, bei denen sie das wesentliche Symptom im Krankheitsbilde darstellt und eine wirkliche oder auch nur anscheinend selbständige Erkrankungsform bildet (habituelle Stuhlträgheit). Ich vermag mich dieser Einteilung, da sie das Bedürfnis der ärztlichen Praxis wenig fördert, nicht anzuschliessen. Eine derartige Einteilung ist, wovon sich jeder Arzt leicht überzeugen kann, völlig unzureichend, um die einzelnen Fälle genügend zu klassifizieren, weil sich die angeführten Unterscheidungen während des Lebens kaum je in auch nur annähernd zuverlässiger Weise feststellen lassen. Ferner kann ich die habituelle Stuhlträgheit nur bedingungsweise als eine Gruppe der chronischen Constipation anerkennen. Die erstere führt gewiss oft zu der letzteren; eine Notwendigkeit dazu besteht aber nicht. (cf. oben S. 6 Fussnote.)

¹⁾ Nothnagel, in dessen Handbuch der spec. Pathol. und Therapie. Bd. XVII, I. Wien 1895, S. 24.

III. Klinisches und Anatomisches

über die infolge von habitueller Stuhlträgheit sich entwickelnde chronische Stuhlverstopfung.

1. Die bei der habituellen Darmträgheit und bei der chronischen Stuhlverstopfung seitens des Darmes auftretenden Krankheitserscheinungen.

Die Zahl der Stuhlgänge des normalen Menschen hängt von mancherlei Umständen ab, sie ist in den verschiedenen Lebensaltern verschieden. Bereits A. v. Haller¹⁾ sagt: Alte Personen sind hartleibig und schwer zu Stuhl zu bringen. Das stimmt zwar oft, indes behandeln wir in der Klinik nicht gar so selten kleine Kinder, die an hartnäckiger Constipation leiden. Freilich mag es im allgemeinen richtig sein, dass jüngere, besonders männliche Individuen, welche eine normale thätige Lebensweise führen, sich am ehesten einer geordneten Darmthätigkeit erfreuen. Ob der Satz des Hippokrates (Aphorismi, liber II, 20) zutreffend ist, dass die jugendlichen Individuen mit Neigung zu Durchfällen (*juvenibus quibus profusior est alvus*) im hohen Alter am Gegenteil leiden (*iis senescentibus contrahitur*) und umgekehrt, ist nicht erwiesen. Ich möchte ihn so absolut nicht behaupten.

¹⁾ A. v. Haller, Anfangsgründe der Physiologie des menschlichen Körpers. Deutsch von Haller. VII. Bd., Berlin und Leipzig, 1775, S. 279.

Wichtiger als der Einfluss des Alters dürfte im Durchschnitt der des Geschlechts sein. v. Haller hebt die grössere Hartleibigkeit der Frauen, die kaum täglich einmal zu Stuhl gehen, sonders hervor. Auf genaue statistische Erhebungen stützen sich solche Behauptungen nicht. Jedoch dürften sie im wesentlichen richtig sein. Schwerwiegender als der Einfluss des Alters und des Geschlechts ist der der Gewohnheit und insbesondere die Art der Lebensführung und nicht zuletzt die Art der Ernährung. Das sind für die prophylactische Behandlung der habituellen Stuhlträgheit wichtige Fragen, auf die bei der Therapie näher einzugehen sein wird. Es ergibt sich aber aus diesen Andeutungen in symptomatologischer Beziehung jedenfalls, dass die Verstopfung bis zu einem gewissen Grade ein relativer Begriff ist, indem hierbei ebenso wie bei allen Verrichtungen des tierischen, bezw. des menschlichen Organismus der physiologische Zustand in gewissen Breiten schwankt. Wenn jedoch der Stuhl länger als zwei oder drei Tage ausbleibt, so muss dies als Darmträgheit, also als ein krankhafter Zustand bezeichnet werden. Weit hochgradigere Fälle von Darmträgheit sind nicht gerade selten. Eine mich konsultierende Dame erzählte mir mit Genugthuung, dass sie höchstens wöchentlich einmal das Bedürfnis habe, zu Stuhle zu gehen. Indes giebt es noch weit höhere Grade von Verstopfung. A. v. Haller giebt an, dass es Menschen gebe, die nur alle 2—3, ja alle 6—7 Monate einmal zu Stuhle gehen, und C. A. Wunderlich¹⁾ sagt: Noch unlängst hörte ich einen Arzt von einer dreijährigen Verstopfung ganz unbefangen erzählen und bezeichnet das freilich als fabelhaft.

Jedenfalls giebt es Fälle von enormer habitueller Stuhlträgheit und von hochgradigster chronischer Verstopfung, deren Beseitigung, wie wir sehen werden, den Aerzten viel zu schaffen macht. Im allgemeinen ist bei der chronischen

¹⁾ C. A. Wunderlich, Handbuch der Pathologie und Therapie. III. c. Bd., S. 75. Stuttgart 1856.

Hartleibigkeit die mangelhafte Stuhlentleerung eins der häufigsten Krankheitssymptome¹⁾.

Wir haben damit das vornehmlichste Symptom der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Verstopfung angegeben, nämlich, dass die an diesen Zuständen leidenden Patienten seltener Stuhl haben als gesunde. Hieran mag sogleich die Bemerkung angeschlossen werden, dass besonders bei der chronischen Constipation der Stuhlgang nicht nur seltener, sondern auch in der Regel nur unter grösserer Anstrengung und Mühe erfolgt. Freilich darf daraus nicht geschlossen werden, dass bei der Constipation zu allen Zeiten und in allen Stadien des Prozesses die betreffenden Individuen immer seltenere Stuhlentleerungen haben, als gesunde Individuen. Es wäre ein solcher Schluss insofern nicht zutreffend, als häufig genug, wie wir später sehen werden, im Verlauf der Verstopfung und zwar durch sie veranlasst, hartnäckige, die eigentliche Krankheit maskierende Diarrhöen vorkommen. Gar nicht selten wechseln mit der Stuhlverstopfung Diarrhöen ab, die häufig explosionsartig erfolgen und welche oft mit heftigen Schmerzen und von bis zur Syncope sich steigenden Schwächezuständen begleitet sind. In den Anfangsstadien der chronischen Verstopfung erfolgt aber die Defäkation thatsächlich nicht nur seltener, sondern auch nur unter stärkerer Inanspruchnahme gewisser

¹⁾ Reichmann hat darauf hingewiesen, dass es Fälle von chronischer Hartleibigkeit giebt, bei denen die mangelhafte Stuhlentleerung das einzige Krankheitszeichen ist. Obgleich die Stuhlverstopfung 2—3 Wochen anhält, lasse sich bei den betreffenden Individuen keine andere subjektive oder objektive Abnormität nachweisen, insbesondere zeige der Unterleib normale Dimensionen und von einer Kotansammlung lasse sich im Darm nichts wahrnehmen. Reichmann nimmt an, dass bei solchen Individuen überhaupt im Darm wenig Kot gebildet werde, indem manche der den Kot bildenden Bestandteile (wie Mikroben, Epithelzellen u. s. w.) fehlen. Reichmann betont, dass man in solchen Fällen einer Behandlung nicht bedürfe (Reichmann, *Gazeta lekarska* 1900 Nr. 23 nach dem Referat in dem Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten 1901. 1. Jahrg. S. 366).

Hilfsmuskeln, unter denen die sogenannte Bauchpresse, d. i. also der durch gleichzeitige Contraction des Zwerchfells und der Bauchmuskeln hervorgerufene Druck auf die Baucheingeweide, die wesentlichsten Dienste leisten. Das Rectum mit seinen mächtigen, sehr contraktionsfähigen Muskelfasern, welches mit zahlreichen Nervenfasern ausgestattet ist, die in der sehr empfindlichen Afteröffnung auslaufen, genügt nicht, um die bei einem längeren Verweilen im Mastdarm sich immer mehr eindickenden, hart und fest werdenden Kotmassen (*Seybala*), während gleichzeitig die beiden Sphincteren — Sphincter ani externus et internus — erschlaffen, aus dem Mastdarm herauszupressen. Es bedarf dazu, wofern dies überhaupt ohne Kunsthilfe möglich ist, nicht nur der Mitwirkung der Bauchpresse, sondern auch des *M. levator ani*, der, indem er den Längsmuskeln des Rectum Insertionspunkte bietet, das Rectum zusammenpresst. *L. Pincus*¹⁾ hat einer Form der chronischen Constipation, die er als *Constipatio myogenita s. muscularis mulierum chronica* bezeichnet, seine besondere Aufmerksamkeit zugewandt, bei welcher gewisse Schädigungen von Beckenmuskeln als ätiologische Momente anzusehen sind. Die Muskulatur des Beckenbodens, also des *Levator ani* mit den zugehörigen Fascien und den übrigen ihn verstärkenden Muskeln, welche durch traumatische Veränderungen (Geburtsverletzungen) geschädigt ist, kann bei den betreffenden Frauen ihre Schuldigkeit nicht thun, und es entstehen Störungen, die bei der Defäkation sich besonders geltend machen und welche durch die schlecht funktionierende Bauchpresse besonders verstärkt werden. Uebrigens sehen wir bei angestrenzter Defäkation auch andere entfernt liegende Muskelgebiete, wie die Muskulatur der Arme, des Gesichts, sowie des Halses sich gleichzeitig zur Unterstützung der Kotentleerung kräftig kontrahieren.

Alles, was nun den Gebrauch der Bauchpresse lähmt

¹⁾ Ludwig Pincus, Arch. f. Gynaekologie, Bd. 53 (1897) Seite 413. (Hier findet sich auch die einschlägige Litteratur.)

oder schwächt, wird bei einer ohnedies erschwerten Defäkation imstande sein, dieselbe eventuell ganz hintanzuhalten. Eine solche Schädigung der Bauchpresse kann angeboren sein. Es scheint manchmal eine familiäre Anlage dabei im Spiele zu sein. Ich kenne drei Brüder, welche seit ihrer Geburt an einer ausgedehnten Diastase der Bauchmuskeln leiden, die freilich nicht bei allen gleich hochgradig ist. Die Knaben leiden seit frühester Kindheit an einer erheblichen Stuhlträgheit und an chronischer Hartleibigkeit, welche frühzeitig Kunsthilfe notwendig gemacht hat. Alles, was die Bauchmuskeln übermässig dehnt und erschlaft, wird natürlich eine analoge hemmende Wirkung auf die Bauchpresse haben. So sehen wir besonders nach wiederholten Schwangerschaften und nach anderen die Bauchwand stark dehnenden Affektionen häufig, dass die Bauchpresse erheblich geschädigt wird. Hartleibigkeit ist bekanntlich eine sehr häufige Folge von Entbindungen. In komplizierterer Weise können Eingeweidebrüche die Darmperistaltik hemmen. Zunächst können sie den Gebrauch der Bauchpresse in ausgiebiger Weise einschränken. Gar nicht selten aber handelt es sich hier um weit verwickeltere Verhältnisse. Ein Beispiel möge dies kurz erläutern. Ich beriet am 27./9. 1894 einen 48jährigen Herrn, welcher seit seinem fünften Lebensjahre an einem linksseitigen Leistenbruche litt. Derselbe konnte — ein Bruchband war nur gelegentlich getragen worden — seit langer Zeit nicht vollständig reponiert werden. Der Kranke hatte ferner häufig, gelegentlich bis zum Unerträglichen sich steigernde Kopf- und überaus heftige Rückenschmerzen. Die Untersuchung des Mastdarms ergab ziemlich starke, nicht blutende Hämorrhoidalknoten. Patient hatte an reichlichen Blähungen zu leiden, Verstopfung sollte nicht vorhanden sein, eher eine Neigung zu Durchfällen. Bei der Untersuchung des Bauches ergaben sich Symptome, welche für eine anscheinend besonders im Bereich des Quercolon vorhandene Fäkalanhäufung sprachen. Der Patient klagte über zeitweise geschlechtliche Impotenz infolge ungenügender Erektionen. Dieser Umstand und die Rückenschmerzen mögen wohl

der Grund gewesen sein, dass der Patient vor einer Reihe von Jahren in einem Sanatorium als „Tabiker“ behandelt und aufgegeben worden war. Eine wirkliche Impotentia generandi bestand aber nicht. Ich riet den Gebrauch einer Oelkur, welche auch eine wesentliche Besserung aller Beschwerden herbeiführte. Im Jahre 1900 wurde eine operative Behandlung des alten Leistenbruches notwendig. Es fand sich bei dieser Gelegenheit, dass der ganze untere Teil des Mastdarms mit dem Netz verwachsen war. Ein handtellergrösses Stück Netz, welches mit dem linken Samenstrang und mit dem linken atrophischen Hoden verwachsen war, musste abgetragen werden. Die Operation verlief glücklich und hatte folgende günstige Einflüsse auf das Befinden des Patienten. Es verschwanden der Schmerz bei Druck auf die epigastrische Gegend und das unangenehme Gefühl der Belästigung nach jeder Mahlzeit, welches immer 3—4 Stunden angehalten hatte. Der Stuhl, welcher bis zu der Operation sehr unregelmässig gewesen war, hat sich vollständig geordnet und erfolgt jetzt 1—2mal täglich in normaler Weise.

Es sei hier noch beiläufig der Koprostasen gedacht, welche bei den im Anschlusse an Bruchoperationen sich manchmal entwickelnden entzündlichen Netzgeschwülsten gelegentlich zur Beobachtung kommen. Ich erwähne diesen Punkt hier deshalb, weil diese entzündlichen Geschwülste des Netzes augenscheinlich nur wenig bekannt sind¹⁾. Ich habe selbst nur einen derartigen Fall beobachtet (I), welchen ich auch meinem Kollegen Herrn H. Braun gezeigt habe, der den Verlauf mitbeobachtet hat. Es ist sehr leicht verständlich, dass derartige entzündliche Netzgeschwülste die Darmperistaltik wesentlich behindern können, und ferner, dass bereits schon früher vorhandene Koprostasen, wozu doch, wie bereits erwähnt wurde, die Hernien ausreichende ätio-

¹⁾ cf. Heinrich Braun, Ueber entzündliche Geschwülste des Netzes. S.-A. a. d. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 63, Heft 3.

1) Die römischen Zahlen im Text verweisen auf die im IX. Kapitel unter der gleichen Zahl angeführten kasuistischen Belege.

logische Momente liefern, dadurch wesentlich gesteigert werden müssen.

Es giebt auch Fälle, in denen seitens der Kranken selbst lediglich wegen der dadurch auftretenden heftigen Schmerzen auf den Gebrauch der Bauchpresse bei der Defäkation vollständig verzichtet wird, wie wir das beispielsweise bei den Fissuren am Anus und bei hämorrhoidalen Zuständen beobachten. Naturgemäss wird unter allen Umständen jede bei vorhandener Neigung zur Verstopfung sich bemerkbar machende Schwächung und Lahmlegung der Bauchpresse das zunächst in die Augen fallende Kardinalsymptom, nämlich die Abnahme der Zahl der Stuhlgänge und die dabei auftretenden Schwierigkeiten, wesentlich zu vermehren imstande sein.

Als ein weiteres Krankheitssymptom macht sich dementsprechend die Form der Kotmassen bemerkbar. Ueber die Art der Ausleerungen bei der spastischen Constipation sind bereits bei der Besprechung der allgemeinen Aetiology (S. 11) die erforderlichen Mitteilungen gemacht worden. Die Stuhlausleerungen bei der atonischen Form der Constipation haben mit denen bei der spastischen Form die Trockenheit gemein, was sich aus dem längeren Verweilen der Kotmassen im Dickdarm erklärt. Je länger sie vor ihrer Ausstossung hier liegen bleiben, um so trockener und wasserärmer werden sie unter sonst gleichen Verhältnissen sein und um so härter und fester werden sie gleichzeitig werden. Einzelne sind geradezu steinhart. Im allgemeinen sind die Fäkalmassen bei der atonischen Constipation auch entweder Cylinder, oder kugelige oder klumpige, oder bröcklige Massen. Die Bröckel und die schafkotartigen kleinen Kottballen sind wohl in der Regel Teile der grösseren brüchig gewordenen Klumpen und Knollen. Der wesentlichen Aufgabe des Dickdarms entsprechend, die Resorption der noch nicht resorbierten, aber resorbierbaren Nahrungsstoffe zu besorgen und durch Eintrocknen des Darminhalts demselben eine festere Konsistenz zu erteilen, beginnt die Bildung und

Formung des Darmkotes schon hoch oben im Dickdarm. Auch bei Darmstenosen findet man, wofern dieselben nahe über dem Anus sitzen, in ihrem Durchmesser verkleinerte Kotmassen. Man wird solche Stenosen mit dem Finger diagnosticieren können. Sitzen die verengerten Darmpartien höher oben, so kann der Kot, nachdem er sie passiert hat, seine Form wieder ändern. Leichtenstern hat darauf aufmerksam gemacht, dass kleinkalibrige Kotballen auch bei Inanitionszuständen (Hungerkot) und bei Aftertenasmus vorkommen. Die Farbe der Ausleerungen pflegt bei hartnäckiger Constipation von tief dunkelbrauner oder schwarzer Farbe zu sein. Die Laien sprechen in solchen Fällen von „verbranntem“ Kot. Indes beobachtet man dabei auch weissgefärbte Kotmassen. A. v. Haën (l. c. Bd. 9, S. 131) sagt z. B. betreffs des Kots bei der Bleikolik: „Indessen sind diejenigen Exkreme, die vielleicht auch noch nach langwierigen und verdrüsslichen Bemühungen fortgehen, hart, weisslich, stückigt, und in Ansehung ihrer Grösse und Gestalt den Schafnorbeln ähnlich.“ Von Haën hat auch ausführliche Mitteilungen gemacht, in welcher Weise diese Kotbeschaffenheit zu erklären sei.

Wer Gelegenheit hat, die anatomischen Verhältnisse bei Kotstauungen und bei chronischer Constipation zu studieren, wird finden, dass dies so ist und nicht wohl anders sein kann, wie geschildert wurde. Bei Leichenöffnungen von Personen, die an chronischer Constipation gelitten haben, finden wir gelegentlich Scybala von ansehnlicher Grösse und Härte, die an ihrem Entstehungsort eingelagert sind, d. h. in den Nischen des Dickdarmes, welche von den sog. Taenien (Längsbändern) und den Schleimhautfalten desselben gebildet werden. Diese Nischen, die sogen. Haustra coli, ursprünglich klein, können durch die sich allmählich vergrössernden Kotknoten eine recht ansehnliche Ausdehnung erfahren. Hier verweilt der Kot am längsten und zwar besonders in den Haustris des Coecums und an denjenigen Stellen, wo das Colon ascendens, sich scharf umbiegend, in das Colon transversum und dieses wiederum mit einem gewöhnlich noch

viel spitzeren Winkel in das Colon descendens übergeht. Man hat gemeint, besonders aus den kugligen Fäkalknoten, zumal aus denen von kleinerem Kaliber eine Verengerung des Dickdarms diagnosticieren zu müssen. Es ist dies jedoch nicht richtig, wenngleich es in praxi ziemlich oft stimmt. Solche Knoten beweisen lediglich, dass die betreffenden Massen längere Zeit an einer Stelle im Darm gelegen haben, welche sie nicht passieren konnten. Dies geschieht aber auch gar nicht selten in den genannten Haustis des Colon. Solche Kotmassen sind oft in reichliche Mengen Schleim eingehüllt. Dieser Schleim ist in diesen Fällen in der Regel das Produkt einer entzündlichen Reizung, welche zweifelsohne zu chronischer Verstopfung in kausalen Beziehungen steht. Wir sehen unter solchen Umständen wirkliche chronische katarthalsche Entzündungen der Darmschleimhaut sich entwickeln¹⁾.

In den Darmausleerungen der an chronischen katartha-

¹⁾ Eine mir besonders anschaulich erscheinende Schilderung dieser Folgen der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation finde ich in S. O. Habershons „Pathological and practical observations on diseases of the abdomen etc.“ 2. edition, London 1862, pag. 412. Ich lasse deshalb seine Schilderung im Urtext folgen: „A second effect of constipation — als ersten hat der Verf. die unter dem Einfluss der Constipation sich entwickelnde gleichmässige Ausdehnung des Darms geschildert — is that the lateral pouches of the colon formed by the circular and longitudinal bands of muscular fibre, become more and more distended, and being thus filled out, their contents are removed from the central current, and become impacted, while the bowels act with some degree of regularity; these impacted faeces may frequently be felt as tumours through the abdominal walls, alarming the patient, but disappearing under judicious treatment. Pouches of the colon sometimes become of considerable size, and generally the circular fibres of the canal surround them; but not unfrequently the circular fibres yield, and the mucous layer projects, covered only by the peritoneum, thus forming a mere elongated sac, filled with mucus, or more frequently with faeces. The orifices of these small sacs are bounded by the hypertrophied circular and longitudinal fibres, and their contents remain almost shut off from the intestinal canal. These pouches are the result of constipation, the muscular fibres become hypertrophied, but their efforts to propel onward the contents of the canal lead to these minute hernial protrusions.

lischen Entzündungen des Darmes leidenden Personen finden sich, wie bereits angeführt wurde, ausser dem Kot gelegentlich auch mehr oder weniger reichliche schleimige Massen, welche theils auf seiner Oberfläche aufgelagert, theils mit demselben mehr oder weniger gemischt sind. Aus solchen schleimigen Beimischungen zu den Kotmassen darf nicht ohne weiteres gefolgert werden, dass es sich um einen chronischen, entweder noch bestehenden oder bereits zum Ablauf gekommenen Darmkatarrh handelt. Es können nämlich auch, wie J. Orth¹⁾ sehr richtig bemerkt, solche schleimreiche Darmentleerungen durch heftige akute Entzündungen der Darmmucosa oder durch Stauungshyperämien des Darms veranlasst werden. Jedenfalls kann man aus der Anwesenheit von vermehrtem Schleim in den Darmausleerungen, wofern nicht die Fäkalmassen im übrigen die oben geschilderte Beschaffenheit haben, nicht ohne weiteres einen Rückschluss auf die Aetiologie der gesteigerten Schleimbildung bedingenden Darmveränderung machen. Diese Massen werden theils in Form von fädigen, fetzigen und häutigen Umhüllungen, bezw. Auflagerungen auf die Kotballen und -klumpen, oder mit dem Kot mehr oder weniger innig gemischt, theils aber auch allein, ohne jede kotige Beimischung entleert. Bisweilen handelt es sich dabei um hohle Gebilde. Im wesentlichen also bestehen die eben beschriebenen Bildungen aus Schleim, neben welchem nur ein geringer Eiweissgehalt nachzuweisen ist. Dieser ist auf meist im Untergange begriffene Zellen

I have most frequently observed pouches in connexion with the sigmoid flexure; but, they, probably, occur at any part where the longitudinal fibres form a triple band rather than a uniform layer. In one case they were situated about every half inch, forming a double row on each side of the colon. No muscular fibres could be detected in several of them, beyond the immediate vicinity of the mouth of the sac, but merely mucous membrane, submucous cellular tissue, with fat and peritoneum. These pouches do not appear to produce any symptom, nor do they lead to dangerous results“.

¹⁾ Orth, Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie I. Berlin 1897, S. 801.

zu beziehen, die in einer unregelmässig gestreiften Grundsubstanz eingebettet sind und die durch ihre gelbliche Färbung der ursprünglich grauen Masse auch einen entsprechend gelblichen Farbenton geben. Man hat den Krankheitsprozess, der zu solchen Abgängen Veranlassung wird, wobei es recht oft zu heftigen kolikartigen Schmerzen kommt, als *Colica mucosa* oder *membranacea* oder auch als *Enteritis membranacea* bezeichnet. Orth hat, wofern ein besonderer Name überhaupt dafür als erforderlich erachtet wird, die Bezeichnung *Enteritis chronica mucosa* für zweckentsprechend erachtet. Dagegen ist auch vom klinischen Standpunkt durchaus nichts einzuwenden. Dieses Nomen morbi präzisiert nämlich in bündiger Weise, dass dieser mit Schleimbildung verbundene Darmprozess entzündlicher Natur ist. Dass es sich dabei um eine Schleimbildung handelt, dass die Erkrankung lediglich katarrhalischer Natur ist, ist mit Recht denen gegenüber zu betonen, welche meinen, dass hier faserstoffige Produkte vorliegen. Die Laien pflegen diese häutigen Bildungen als „Darmhäute“, bzw. auch als die „Schleimhaut des Darms“ anzusehen, und dass die Laien die mehr länglichen wurmartigen Bildungen von Darmschleim für Würmer halten, kommt nicht so gar selten vor. Die von Orth vorgeschlagene Bezeichnung hat überdies den Vorteil, dass sie über die Ursache dieser Enteritis, welche auf verschiedene Weise zustande kommen kann, nichts präjudiciert. Indes wird man dabei doch von vornherein, und zwar nicht in letzter Reihe an die Verstopfung als ätiologisches Moment zu denken haben. Das gilt auch von den Fällen, wo die Schleimmassen allein, ohne Kot abgehen oder, wo anderweitige Umstände vorhanden sind, welche die eigentliche Krankheitsursache zu verschleiern imstande sind. Die richtige Erkennung des ätiologischen Moments ist für die Therapie von ausschlaggebender Bedeutung. Diese Affektion hat eine grosse Litteratur und zahllose Diskussionen¹⁾ her-

¹⁾ cf. u. a. R. Schütz (Wiesbaden), Schleimkolik und membranöser Dickdarmkatarrh. München, med. Wochenschrift. 1900. No. 17.

vorgerufen, welche aber so lange zwecklos bleiben mussten, als nicht die Beobachtung am Krankenbett durch die anatomische Kontrolle ergänzt wurde. Man konnte sich bei der anatomischen Untersuchung auch davon überzeugen, dass die betreffenden Schleimmassen wirklich in den Längsfalten des Dickdarms ihre eigentümliche wurmförmige Gestalt erhalten haben. Wenn man sich nun die Frage vorlegt, was bei den betreffenden Fällen von Enteritis chronica mucosa als das Primäre anzusehen ist, die Entzündung oder die Kotstagnation, so wird man sich schon aus dem Grunde dafür entscheiden, der letzteren in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Priorität zuzuerkennen, weil die primäre, aus irgend einem anderen Grunde als Kotstauung entstehende Enteritis (Colitis) catarrhalis durchaus keine Constipation, sondern vielmehr das Gegenteil zu erzeugen pflegt. Es gilt dies nicht nur von akuten, sondern auch von chronischen Dickdarmkatarrhen, so lange diese nicht die Muscularis in Mitleidenschaft ziehen, bezw. lähmen. Wenn auch bei chronischen Darmkatarrhen die Neigung zu vermehrter Peristaltik im Laufe der Zeit geringer wird, die Neigung zu Durchfällen bleibt doch im Vordergrunde der Symptome. Auf der anderen Seite finden wir bei der chronischen Constipation, dass gerade an den Stellen, wo die Fäkalmassen im Dickdarm sich anhäufen, die Entzündungsprozesse einsetzen. Es handelt sich unter solchen Umständen keineswegs nur um katarrhalische Entzündungen, sondern nicht so selten um weit schlimmere Dinge. Wir finden nämlich gelegentlich auch partielle, zum Teil ganz umschriebene Diphtherien, welche offenbar mit dem an ihnen abgelagerten Kot zusammenhängen. Sie entwickeln sich bekanntlich meist an den Stellen des Dickdarms, wo alte Kotmassen eine besonders lange Zeit gelegen haben. Es muss hier aber noch etwas anderes als das bei solchen Kotstauungen anscheinend zunächst in Betracht kommende

(S.-A.) Hier findet sich auch eine Reihe von Litteraturangaben; ferner XIII. internat. medicin. Kongress 1900. Refer. im Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte 1900. S. 614.

mechanisch reizende Moment mitspielen; denn man beobachtet weder bei allen Fällen von Kotstauungen eine solche Enteritis chronica mucosa noch viel weniger aber eine Enteritis fibrinosa oder gar eine Enteritis diphtherica, bei welcher letzterer es zu zweifellos nekrotischen Prozessen in der Darmschleimhaut kommt. Es müssen hier mehr oder weniger giftige und nach ihrer sonstigen Eigenart verschieden wirkende Substanzen vorhanden sein, welche diese Entzündungsprozesse in der Darmschleimhaut veranlassen. Ueber die Natur dieser Gifte wissen wir nichts. Dass sich dieselben durch besonders in die Sinne fallende Eigenschaften, wie z. B. durch einen besonderen Gestank kennzeichnen, welchen die Fäces selbst oder die Flatus besitzen, lässt sich nicht behaupten. Wenn nämlich auch die Ausleerungen bei der Diphtherie des Darmes einen oft geradezu aashaften Gestank verbreiten, so dürfte dies wohl sicher weit eher auf die Rechnung der brandigen Gewebe als auf die der Krankheitserreger selbst und der von ihnen präparierten Gifte zu setzen sein. Auch der Geruch, den die Flatus verbreiten, giebt in dieser Beziehung keine Anhaltspunkte. Die unter normalen Verhältnissen im Verdauungstraktus, bezw. im Darm sich entwickelnden Gase verdanken ihre Entstehung überwiegend, vielleicht ausschliesslich den gährungs- und fäulnisartigen Zersetzungen, welche im Darminhalt durch Bakterien eingeleitet werden. Menschen mit gesunden Verdauungsorganen, welche nicht an Verstopfung leiden, werden durch Flatus wenig belästigt. Langes Verweilen der Fäces im Darm leistet der Gasentwicklung in demselben wesentlich Vorschub. Die betreffenden Individuen werden durch dieselbe auch wesentlich behelligt. Bei überreicher Gasentwicklung, oder wenn die Darmenergie erlahmt, oder wenn beides der Fall ist, wird ein die seither genannten Symptome wesentlich verschärfendes weiteres Symptom hinzutreten, nämlich der Meteorismus intestinalis, wobei die infolge der genannten Umstände im Darmkanal sich anhäufenden Gase den Darm aufblähen und den Bauch trommelartig auftreiben. Unter solchen Umständen

sieht man auch gar nicht selten eine peristaltische Unruhe des Darms sich entwickeln, welche an den Bauchdecken sichtbare, mehr oder weniger starke Darmbewegungen veranlassen. Dieselben können meist durch Bestreichen der Bauchdecken verstärkt werden. Jede aus dem mehr oder weniger gespannten Dickdarm abgehende Blähung wird dabei als eine wahrhafte Erleichterung empfunden. Diese Erleichterung dauert freilich nicht lange an, weil nicht nur die Gasbildung sich stetig erneuert und steigert, indem zu den vorhandenen Kotmassen, die — so weit sich dies aus dem Verhalten der aus dem Darm entleerten Fäkalmassen erschliessen lässt — noch längere Zeit ihre Fähigkeit zur Gasentwicklung behalten, immer neue Kotmassen hinzukommen, welche ihrerseits wieder Anlass zu weiterer Gasentwicklung geben. Dies fällt aber um so schwerer ins Gewicht, als bei der demgemäss immer zunehmenden Ausdehnung der Darmwand sehr bald ein Zustand auftreten muss, in welchem die Resorption der Gase mit ihrer Erzeugung nicht mehr Schritt halten kann¹⁾. Es ist ohne weiteres einleuchtend, dass die Entleerung der Darmgase unter solchen Umständen, wo sich sehr bald eine Anergie der Darmmuskulatur entwickelt, sehr bald völlig unmöglich werden muss. Bei der sogen. habituellen Constipation kommt es freilich kaum zu einem so hochgradigen Meteorismus, wie bei manchen andern zur Darmlähmung führenden Prozessen, weil vorher gewöhnlich eine freilich selten genügende und meist nur vorübergehende Abhilfe geschafft wird. Indes werden wir später sehen, dass auch oft genug nicht nur bei der chronisch atonischen, sondern auch bei der spastischen Form der Constipation der Meteorismus intestinalis eine Reihe sehr unliebsamer Symptome auch seitens der Brustorgane veranlasst. Bei der spastischen Constipation wird die meteoristische Auftreibung naturgemäss nach dem Sitze des Spasmus eine verschieden grosse sein. Je tiefere Abschnitte des Darms spastisch

¹⁾ cfr. L. Traube, Die Symptome der Krankheiten der Respirations- und Circulationsorgane. Berlin 1867. S. 142.

kontrahiert sind, um so grösser ist, entsprechend der Atonie der oberen Darmpartien der Meteorismus. Sitzt der Spasmus in den oberen Partien des Darmtrakts, dann wird die Auftreibung entsprechend geringer sein und es kann dieselbe sogar völlig fehlen. So beschreibt Traube¹⁾ einen Fall von Bleikolik, wo der Bauch flach, die Bauchdecken nur mässig gespannt waren, jedenfalls nicht stärker als in der Norm. Es bestand in diesen Fällen lediglich ein partieller Meteorismus, welcher durch die unter dem Einflusse des Bleies zustande kommenden krampfartigen Kontraktionen einzelner Darmteile bedingt war. Diese Stellen des Darms gaben einen lauten, tiefen, nicht tympanitischen Schall, welcher an einer Stelle sogar einen schwach metallischen Nachklang zeigte. Dieser Fall mit partiellem Meteorismus infolge spastischer Kontraktion einzelner Darmteile war nichtsdestoweniger von heftigen Schmerzen begleitet. Diese Schmerzen erklärt sich Traube, so wie die bei anderen Arten von Kolik folgendermassen: Die ausgedehnten Partien des Darms, in denen sich der Darminhalt angehäuft hat, geraten zeitweise in peristaltische Bewegungen, durch welche, da infolge des Spasmus der unteren Darmpartien der Darminhalt nicht weiterrücken kann, die Spannung der Darmwand erhöht wird. Die durch diese Steigerung der Spannung bedingte Kompression der in der Darmwand enthaltenen sensiblen Nerven verursacht den Schmerz. Diese von Traube behufs der Erklärung der bei der Bleikolik obwaltenden Verhältnisse gegebene Deutung passt auf eine so grosse Reihe von Constipationen²⁾ und auf

¹⁾ L. Traube, Gesammelte Beiträge u. s. w. III. Bd. S. 486.

²⁾ Die infolge der chronischen Constipation auftretenden Koliken bilden eins der qualvollsten Symptome. Sie treten theils in akuten, nach 12—24 Stunden, selten früher, aufgehenden Anfällen auf, theils ziehen sie sich durch mehrere Wochen hin, dann wohl immer mit Remissionen und Exacerbationen. Während der ersteren hat der Schmerz meist keinen überwältigenden, sondern einen mehr nörgelnden Charakter, der aber nichtsdestoweniger die Kranken nicht zur Ruhe kommen lässt, während der Exacerbationen aber kann der Schmerz geradezu einen niederschmetternden Einfluss auf die Kranken ausüben und pflegt sich nicht selten

die damit vergesellschafteten Koliken, dass es mir der Mühe wert erschien, diese Sache hier genauer zu erörtern. Man darf wohl annehmen, dass es eine ganze Reihe von Fällen giebt, bei welchen, ohne dass das Blei als ätiologisches Moment zu beschuldigen ist, die Darmfunktion in gleicher Weise geschädigt wird. Sie sind für den Ungeübten diagnostisch oft nicht leicht zu beurteilen. Wer diese Fälle nicht kennt, wird das, worauf es ankommt, häufig nicht richtig erfassen. Der Bauch der Patienten ist trotz der quälendsten Constipation und deren Folgen oft nicht aufgetrieben und nicht oder kaum gespannter als in der Regel. Derartige Patienten werden nicht gar selten — so weit wenigstens meine Erfahrungen reichen — Jahre lang in die Reihe der unausstehlichen und nörgeligen Neurastheniker und Hypochonder gezählt und demgemäss, nicht gerade zu ihrem Nutzen, als solche auch behandelt. Insbesondere gilt dies von dem Missbrauch von Schlafmitteln, die in einer wirklich oft verschwenderischen Ueppigkeit gegen die unter solchen Umständen sehr häufige Schlaflosigkeit angewendet werden. Ein unruhiger Darm lässt die betreffenden Individuen schwer zu dauernder Ruhe kommen. Bei der spastischen Constipation quält der Darm die betr. Individuen auch in der Nacht. Freilich pflegt besonders die Bettwärme auf den gereizten Darm einen augenscheinlich beruhigenden Einfluss auszuüben. Quälende Blähungen finden im Bett eher ihre Befreiung aus dem krampfhaft kontrahierten, bzw. atonischen Darm, und damit pflegen sich für eine gewisse Zeit Ruhe und Schlaf einzustellen. Sehr viele solcher Kranken werden sich trotzdem der Art ihrer Krankheit nicht bewusst und gelangen erst dann zu einem

bis zu synkopalen Zuständen zu steigern. Diese sich durch längere Zeit hinziehenden Koliken verlieren in der Regel nicht auf einmal, sondern nur allmählich ihre Heftigkeit. Bisweilen schieben sich zum Schluss solcher Perioden ein oder mehrere schwere Attacken ein. Die Koliken pflegen, nachdem sie völlig erloschen sind, für Wochen, Monate oder noch länger mehr oder weniger zu ruhen, kehren aber, so lange die Constipation nicht gehoben ist, nach längerer oder kürzerer Zeit gern wieder.

Verständnis der Ursache der Schlafstörung, wenn sie wieder schlafen können, nachdem sie durch eine zweckentsprechende Behandlung von ihrer Constipation befreit worden sind. Diese Form der Schlaflosigkeit bei chronischer Constipation — wobei sich übrigens auch noch aus manchen anderen, später zu erwähnenden Gründen, Störung des Schlafes einstellen kann — hat anscheinend wenig Beachtung gefunden ¹⁾. Die Evakuation des Darms ist für solche Menschen das beste und das einzig zweckentsprechende Schlafmittel. Wenn über Schlaflosigkeit von Personen geklagt wird, welche in friedlichem Trott durch das Leben dahinwandeln und weder gequält sind durch körperlichen Schmerz, der durch augenfällige und der Erkenntnis zugängliche Krankheitsprozesse bedingt wird, noch durch schweren Kummer und seelische Aufregungen aus dem psychischen Gleichgewicht gebracht sind, dann denke ich in erster Reihe an den Darm als die Ursache der Agrypnie und richte mein Augenmerk darauf.

Es fehlt nicht an Symptomen, welche ohne weitere Untersuchung den Verdacht, dass solche Darmstörungen bestehen, unterstützen. Ich erinnere an die Menschen, deren Darmgeräusche so störend sind, dass ihr geselliger Verkehr sehr erschwert, ja ganz verkümmert wird, an die Personen mit lautem, auf Distanz hörbarem Knurren und Kollern im Leibe. Recht häufig finden wir solche Borborygmi ²⁾ bei jungen Mädchen, welche, wie später erörtert werden soll, relativ oft an solchen Darmzuständen leiden. Auch einem nicht geringen Bruchteil der sogenannten hysterischen Borborygmi liegen wirkliche Darmaffektionen und nicht

¹⁾ S. u. a. Sir James Savyer, causes and cure of insomnia. Brit. med. Journ. Dec. 1. 1900, pg. 1551.

²⁾ Szerlecki hält in seinem Büchlein: Die Blähungskrankheiten u. s. w. (Stuttgart 1841), welches neben manchem Schrullenhaften doch eine Reihe sehr netter Angaben, bes. über die Therapie aus der älteren Zeit enthält, die Gegenwart von Gasen im Darm, welche sich durch Anwesenheit von Borborygmen erkennen lassen, erst dann für krankhaft, wenn das Geräusch bedeutender ist und die Luftarten in den Gedärmen mit lauten, oft den bizarrsten Tönen heruntergetrieben

lediglich nervöse Störungen zu Grunde. Abgesehen von solchen lauten Darmgeräuschen, die durch die lebhafte bis zur peristaltischen Unruhe (cf. S. 27) sich steigernden Bewegungen des mit Gas und Flüssigkeit gefüllten Darms entstehen können, und welche infolge von chronischer Constipation besonders dann auftreten, wenn sich dieselbe mit entzündlichen Darmreizungen vergesellschaftet, giebt es weitere und beweisendere Symptome der Verstopfung: es sind diejenigen, welche sich bei der Untersuchung des Bauches selbst ergeben.

Die Befunde werden bei der rein atonischen Form der Constipation natürlich andere sein als bei der rein spastischen. Bei der ersteren ist der Unterleib, vorausgesetzt, dass der ganze Dickdarm mit Gas und Kot gleichmässig angefüllt ist, mehr oder weniger stark aufgetrieben. Der Nabel ist, wofern es sich nicht um gleichzeitige stärkere Fettanhäufung in dem Unterhautbindegewebe der Bauchdecken handelt — die neben der Constipation als Teilerscheinung einer allgemeinen Adipositas nicht gar selten beobachtet wird — nicht vertieft. Von umschriebenen Vortreibungen des Leibes wird gewöhnlich nichts bemerkt. Erreichen aber die Kotanhäufungen sehr hohe Grade, so markieren sie sich bei nicht fetten Bauchdecken und bei nur höchstens mässigem Meteorismus an der vorderen Bauchwand als dieselbe wenigstens stellenweise überragende, glatte, runde oder etwas unebene Vorwölbungen. Erstreckt sich die Atonie des Darmes nicht über den ganzen, sondern nur über einen Teil des Dickdarmes, so wird das Bild entsprechend modificiert. Die Beobachtung der dann nur auf einzelne

werden (*Murmuratio, Intonatio intestinorum*) — (cf. l. c. S. 78) —. Nach der einwandfreien Definition von *Blancard* (l. c.): „*Borborygmus est murmur in intestinis amplis cum sonitu, ortum a flatu incluso*“ kann man die von *Szerlecki* beliebte Einteilung nicht annehmen, und thatsächlich muss man bei Individuen, welche chronisch an *Borborygmen* leiden, eine chronische Darmstörung voraussetzen. Welcher Art dieselbe ist, zu entscheiden, müssen freilich andere Symptome herangezogen werden.

Stellen beschränkten Auftreibungen ist wohl bei dünnen Bauchdecken gewöhnlich leicht, bei fettreichen Bauchdecken aber kann die richtige Beurteilung der Sachlage grosse Schwierigkeiten machen. Dass Meteorismus in gewissem Grade auch bei mangelnder Auftreibung des Bauches vorkommt, wurde vorhin bereits erwähnt, und dabei kann derselbe völlig übersehen werden. Die Spannung der betreffenden Darmpartien wird oft geradezu schmerzhaft empfunden. Ein Teil der bei der Koprostase so häufig geklagten Rückenschmerzen dürfte darauf zweifelsohne zu beziehen sein. Die Palpation des Bauches ergänzt natürlich den aus der Inspektion des Bauches sich ergebenden Befund, dessen diagnostische Ausnutzung schon eine ausgiebige Erfahrung in den einschlägigen Fragen voraussetzt, ganz wesentlich. Ich will hier nicht all die Mahnungen wiederholen, welche behufs einer erfolgreichen Palpation des Bauches in den Lehrbüchern den Aerzten ans Herz gelegt werden. Jedenfalls muss der Bauch, um ihn genügend palpieren zu können, schlaff sein. Jede Spannung der Bauchdecken ist auch dann, wenn sie sich in mässigen Grenzen hält, eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle. Erreicht diese Spannung aber höhere Grade, so lässt sich von der Palpation überhaupt nichts erwarten. Wenn jemand, der eben mit der Eisenbahn angekommen ist, direkt in meine Sprechstunde kommt, in seinem Gemüte erregt über das, was das Ergebnis seiner Konsultation sein wird, und von dem Gedanken geplagt, dass er, um mit dem nächsten Eisenbahnzuge wieder abreisen zu können, auf den Bahnhof eilen müsse, dann sind in der Regel, der allgemeinen Stimmung des betr. Individuums entsprechend, auch die Bauchdecken so gespannt, dass eine erfolgreiche Bauchpalpation kaum ausgeführt werden kann. Am besten vollzieht sich dieselbe im Bett, besonders nach einer gut durchschlafenen Nacht, oder wenigstens nach einer mehrstündigen Bettlage, bei vollständiger Gemütsruhe des Kranken. Ein weiteres Erfordernis für ein gutes Gelingen ist das Fehlen spontaner Schmerzen, aber ebenso wenig darf die Untersuchung den Patienten Schmerzen machen.

Ausserdem müssen alle die Dinge vermieden werden, welche, wie die Palpation des Bauches mit kalten Händen, reflektorische Kontraktionen der Bauchmuskeln des Patienten erzeugen können. Am leichtesten gelingt natürlich, wenigstens in der Regel, die Bauchpalpation, wenn es sich um eine atonische Constipation mit nur mässigem Meteorismus intestinalis handelt, bei welcher keine erhebliche Spannung der Bauchdecken vorhanden ist. Durch harmlose, auf die meist etwas erregten Kranken beruhigend wirkende Gespräche wird einer erfolgreichen Untersuchung des Unterleibes mittels der Palpation wesentlich Vorschub geleistet. Bei irgendwie günstigen Verhältnissen ist man bei der chronischen Stuhlverstopfung in stande, sowohl die mit Kot gefüllten als auch die leeren spastisch kontrahierten, oberflächlicher gelegenen Darmschlingen zu fühlen (II). Die Kotmassen präsentieren sich den palpierenden Fingern als weiche, teigige, rundliche oder mehr oder weniger längliche Geschwülste¹⁾, mit mehr oder weniger glatter Oberfläche. Dieselben zeigen gewöhnlich keine nennenswerte Druckempfindlichkeit, dagegen aber sind die spastisch kontrahierten Darmschlingen bisweilen gar nicht unerheblich druckempfindlich. Die Geschwülste wechseln häufig von Tag zu Tag, entsprechend den Bewegungen des Darminhalts, ihre Lage und lassen sich auch manchmal verschieben. Der Sitz dieser Kot- und Darmgase enthaltenden Tumoren entspricht im allgemeinen dem bereits oben angegebenen Sitze der ausgiebigsten Kotanhäufungen, also in der Gegend des Blinddarms und da, wo das Colon seine bekannten Umbiegungen erfährt, an der Flexura coli dextra und sinistra, sowie im Bereich der Flexura sigmoidea. In einzelnen Fällen enthalten diese Tumoren lediglich Darmgase²⁾.

1) Von einer genaueren Schilderung der sog. „Kotgeschwülste“, welche sich als feste, aber knetbare, meist sehr voluminöse Bauchtumoren charakterisieren, wird hier abgesehen.

2) Interessante Mitteilungen über die durch „eingesperrte Blähungen“ bedingten runden, umschriebenen Bauchgeschwülste aus der älteren Litteratur finden sich bei Szerlecki l. c. S. 85.

Ich ergänze jetzt die bereits oben (S. 21) gemachten Mitteilungen über die Lokalisation der Kotanhäufungen im Dickdarm bei der Koprostase.

Von grosser praktischer Bedeutung sind die Kotanhäufungen im Rectum. Samuel G. Gant¹⁾ giebt an, dass sie hier am häufigsten vorkommt, nämlich in ca. 60% der Fälle. Ich verstehe unter dem Rectum den untersten Teil des Dickdarms, welcher an der Stelle beginnt, wo das Mesenterium aufhört²⁾. Das Rectum wird gar nicht selten der Sitz sehr reichlicher Kotanhäufung. Hier finden sich, obgleich sich die Scybala bereits höher oben im Dickdarm formen, erst die festen und zusammengeballten Kotmassen. Je länger diese Massen im Rectum liegen, welches sie ausdehnen, um so härter werden sie. Man kann gelegentlich bei sehr reichlichen Fäkalansammlungen in diesem Darmteil dieselben auch von aussen durch die Weichteile von der Gegend der Fossa ischio-rectalis aus palpieren. Man findet nämlich bei derartigen Fällen in der Tiefe der Gesässspalte einen lateralwärts von der Spitze des Steissbeins, bisweilen auch etwas höher beginnenden bis zum Anus sich erstreckenden, reichlich daumendicken, manchmal noch etwas dickeren, sich gewöhnlich etwas höckerig anfühlenden Wulst, dessen Inhalt man durch Streichen von hinten nach vorn teils in Gestalt einer längeren oder kürzeren Kotsäule, teils in Form einzelner Kotstücke aus dem Anus herausdrücken kann. Ich habe diese Erfahrungen, welche ich beim männlichen und weiblichen Geschlecht seit einer langen Reihe von Jahren gemacht habe, zum Ausgangspunkt therapeutischer Massnahmen gemacht, auf welche ich später bei der Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung zurückkommen werde. Bemerket sei hier noch, dass ich den be-

¹⁾ Samuel G. Gant, Fecal impaction, The Post-Graduate, Januar 1901 (Ref. in den Fortschritten der Medizin 1901, S. 563. Nr. 21).

²⁾ Wir unterscheiden demnach nur eine Pars pelvina und Pars perinealis des Rectums. Die Bezeichnung „Mesorectum“ ist zu streichen. Der dasselbe tragende Teil des Dickdarms gehört noch zur Flexura sigmoidea. Cf. hierüber W. Waldeyer, Das Becken. Bonn 1899. S. 262.

treffenden Wulst stets nur linkerseits gefühlt habe. Ich habe meinen Kollegen Herrn Friedrich Merkel gefragt, ob und in wie weit sich diese Befunde mit den anatomischen Verhältnissen des Mastdarms in Einklang bringen lassen. Mit gewohnter Liebenswürdigkeit hat Geheimrat Merkel darnach eine Reihe von Untersuchungen in dieser Beziehung angestellt. Die Ergebnisse derselben werden von ihm später a. a. O. ausführlich veröffentlicht werden. Hier genügt es, eines der Ergebnisse dieser Untersuchungen anzuführen, dass nämlich die Ausbuchtungen (Sacculi) des Rectums so angeordnet sind, dass es vom anatomischen Standpunkte durchaus verständlich ist, dass gelegentlich bei starker Anfüllung des untersten Dickdarmabschnittes derselbe von aussen und zwar von der Gegend der Fossa ischio-rectalis sinistra aus durch die Weichteile gefühlt wird¹⁾. Ich habe, was nochmals besonders betont sein mag, derartige Befunde, d. h. den des geschilderten Wulstes, nur bei sehr stark mit Kot gefülltem Mastdarm gehabt. Vom Anus aus kann man bekanntlich zu den verschiedensten Zeiten — auch ohne derartige Ueberfüllung des Rectums mit Kot — mehr oder weniger viel Fäkalmassen in demselben bei der Fingeruntersuchung fühlen. Diese der ärztlichen Praxis entnommenen Erfahrungen waren für J. Henle²⁾ der Grund, nachdrücklich den Behauptungen zu widersprechen, welche namentlich von O'Beirne, Hyrtl u. a. vertreten wurden, wonach nämlich die Kotmassen bis zum Augenblick der Entleerung nicht im untersten Mastdarmabschnitt, sondern höher oben, in der Curvatura sigmoidea ruhen sollten. Das Rectum sollte bis zur Defäkation zusammengezogen und leer sein. Dies ist nach den hier beigebrachten Thatsachen entschieden nicht zutreffend, ebensowenig wie die Angabe Hyrtls, dass man in der Regel den zunächst über

¹⁾ W. Ebstein, Die Untersuchung des Mastdarms von aussen und deren therapeutische Verwertung. Deutsche medizinische Wochenschrift 1901 Nr. 30.

²⁾ J. Henle, Eingeweidelehre des Menschen. 2. Aufl. Braunschweig 1873. S. 194.

den Sphincteren befindlichen Raum des Rectums leer finde ¹⁾. Die soeben erwähnten Ausbuchtungen (Sacculi) des Rectums werden bekanntlich durch die von Houston im Jahre 1830 in diesem Darmabschnitt beschriebenen nicht verstreichbaren Faltenbildungen bedingt. Dieselben werden überdies unter besonderer Rücksichtnahme auf die an ihnen vorkommenden Unregelmässigkeiten, Verbildungen und Hyperplasien als eine der wesentlichen Ursachen der chronischen Constipation angesehen. Pennington ²⁾ hat diese Falten neuerdings in einem Vortrage behandelt, welcher Gegenstand einer lebhaften Diskussion gewesen ist. Zur Sache sei hier folgendes mitgeteilt. Die Zahl dieser Falten schwankt. In der Regel giebt es deren drei, manchmal nur zwei, gelegentlich aber auch vier und mehr. Gewöhnlich haben sie eine halbmondförmige Gestalt und umfassen ein bis zwei Drittel des Darmumfanges; ihre Ränder sind konkav und gewöhnlich leicht nach aufwärts gerichtet. Ist der Darm ausgedehnt, so prominieren die Falten meist, ihre Tiefe beträgt bei Erwachsenen ca. 1,5—3,0 cm. In der Folge entwickeln sich an diesen Faltenbildungen des Darms, wie Pennington beschreibt, entzündliche Prozesse, durch welche Constipation und trockene und harte Stuhlgänge veranlasst werden. Es lassen sich diese Rectalfalten durch entsprechende Untersuchungsmethoden der direkten Beobachtung zugänglich machen und sind auch auf operativem Wege zu beseitigen. Wie bemerkt, werden diese Falten durch die an ihnen sich vollziehenden entzündlichen Prozesse Ursache einer erheblichen, mehr oder weniger hartnäckigen Stuhlverstopfung. Pennington beschreibt die dabei auftretenden Symptome folgendermassen: Die betreffenden Individuen können täglich einen Stuhlgang haben, indes ist er unzureichend. Der

¹⁾ J. Hyrtl, Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 20. Aufl. Wien 1889. S. 728.

²⁾ cf. J. R. Pennington, New points in the anatomy and histology of the rectum and colon. The treatment of obstinate constipation based on points etc. The Journal of the American Medical Association 1900, Dezember 15. Vol. XXXV. Fig. 1520 and seq.

Kranke hat danach das Gefühl, dass noch Kotmassen zurückgeblieben sind; er kann das Bedürfnis nach einer Stuhlentleerung haben, wozu eine grosse Mühe und Anstrengung notwendig ist. Das ist der erste Modus. Bisweilen aber — und dies ist die zweite Eventualität — geben diese Kranken auch an, dass sie niemals ein solches Bedürfnis zum Stuhlgange haben und sie kommen zu der Ansicht, dass der Darm spontan überhaupt keine Neigung habe, sich zu bewegen und dass dazu ein Abführmittel oder ein Klysma notwendig sei. Pennington meint, dass bei dem ersten Modus die untere oder die zweite oder diese beiden Klappen beteiligt seien, bei der zweiten Eventualität könne es sich um die Affektion einer höher gelegenen Klappe handeln. Bisweilen kämen auch bei diesen Kranken entweder anfallsweise Durchfälle oder hartnäckige Verstopfung mit Durchfällen abwechselnd vor. Pennington giebt an, dass neben den Störungen der Defäkation bei solchen Patienten auch die Symptome von „intestinaler Autointoxikation“ und Neurasthenie vorkämen. Gewöhnlich sollen dabei lokale Schmerzen seitens des Darms fehlen, aber manchmal sind sie doch in der Kreuz- und Lendengegend ebenso wie lästige Missgefühle im Becken vorhanden, die nach den Schenkeln ausstrahlen. Ich glaube nun zwar nicht, dass die beiden von Pennington geschilderten Symptomenkomplexe durch die beschriebenen krankhaften Prozesse an den Houstonschen Falten allein veranlasst werden und eine pathognostische Bedeutung haben. Immerhin sind diese Houstonschen Falten von einem grossen praktischen Interesse für die klinische Geschichte der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation. Dass sie bei der Pathogenese der chronischen Constipation eine erhebliche Rolle spielen, möchte keinem Zweifel unterliegen.

Ueberhaupt dürften noch manche andere grob anatomische Verhältnisse des Darms eine grössere Rolle in der Aetiologie der chronischen Constipation spielen, als im allgemeinen bis jetzt angenommen wird. In der Praxis nur wenig beachtet, mag es der Mühe wert sein, auf einige derselben

hier kurz hinzuweisen. Als oben (S. 11) die Lieblingsstellen angegeben wurden, an denen sich stagnierende Kotmassen finden, wurde mit dem bekannten Schema gerechnet, wonach das Cöcum, das Colon ascendens, transversum und descendens hufeisenförmig das Paket der dünnen Därme umrahmt. Das ist freilich die Regel und danach werden wir uns natürlich auch in der weiteren Darstellung richten. Wir werden aber dabei nicht vergessen dürfen und in der ärztlichen Praxis dessen immer eingedenk bleiben müssen, dass diese Regel auch ihre Ausnahmen hat. Diese Ausnahmen betreffs der Lagerungsverhältnisse des Dickdarms werden teils durch Störungen bei der Entwicklung veranlasst und können dann gleich nach der Geburt Störungen bei der Evakuation des Darms machen, teils sind sie infolge postfötaler Krankheitsprozesse entstanden oder teils früher, teils später nach der Geburt zustande gekommen. Die angeborenen Lagerungsanomalien des Dickdarms sind der Aufmerksamkeit älterer Beobachter keineswegs entgangen. Bereits J. B. Morgagni¹⁾ hat eine Reihe solcher Fälle, wobei es sich meist um Schlingenbildungen handelte, mitgeteilt, von denen freilich ein Teil völlig symptomtenlos verlaufen ist, indes bei nicht weniger als acht der von Morgagni beobachteten Fälle befand sich eine besonders auffallende Füllung des betreffenden Darmabschnittes mit Luft und mit harten Kotmassen, und bei dem einen dieser Fälle giebt Morgagni überdies in der beigegeführten Krankengeschichte an, dass der Patient nur alle sechs Tage Stuhlgang gehabt habe, woraus hervorgeht, dass er an einer sehr hartnäckigen Verstopfung gelitten hat. Es lässt sich nun aus diesen fast völlig in Vergessenheit geratenen Morgagnischen Beobachtungen zum

¹⁾ cf. H. Schulze. Geschichtliches zur Topographie des Darms. Deutsches Archiv für klinische Medizin. LIX. Bd. (1897) S. 598; ferner Gottfried Fleischmann (Leichenöffnungen, Erlangen 1815. S. 44 und f.). Er hält Lageveränderungen namentlich des Dickdarms, die er vorzugsweise auf fötale Bildungsanomalien zurückführt, für einen der häufigsten Sektionsbefunde.

mindesten soviel folgern, dass derartige Anomalien des Dickdarms u. a. auch für die Aetiologie der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation sowie auch für deren Verlauf von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung sind. Erst viel später haben Curschmann¹⁾, Leichtenstern, Leube, Treves, und zwar zuletzt der erstgenannte Beobachter dieser wichtigen Angelegenheit ihre Aufmerksamkeit zugewendet. Curschmann hat das in den meisten klinischen Lehrbüchern immer noch festgehaltene Dogma, dass der Dickdarm das dünne Gedärm in Form eines Hufeisens umgebe, dadurch widerlegt, dass er die klinische Bedeutung der Anomalien der Lage, Form und Grösse des Dickdarms den praktischen Aerzten auf Grund moderner klinischer und anatomischer Erfahrungen nahe brachte. Insbesondere wurde auch der Einfluss solcher Anomalien auf die Pathogenese und die Unterhaltung der Constipation betont, und überdies dürften die Aerzte daraus ersehen, dass z. B. dabei alte Fäkalmassen im Colon transversum lokalisiert sein können, auch wenn sie nicht in der für typisch gehaltenen Lage des Colon transversum, sondern an einer weit tieferen Stelle des Bauches palpierbar sind. Die Kenntnis dieser Verhältnisse ist für jeden, der bei der Palpation des Bauches die Befunde richtig deuten will, die sich in manchen Fällen von chronischer Constipation ergeben, ganz unerlässlich. Analoge Anomalien werden aber nicht nur durch angeborene (III) sondern auch durch erworbene derartige Veränderungen in der Lage, der Form und der Grösse des Dickdarms bedingt. Hierher gehören einerseits die durch pathologische Prozesse und andererseits die durch sogenannte Altersveränderungen veranlassten Lageveränderungen des Dickdarms. Einzelne der für die Geschichte der chronischen Constipation besonders wichtigen Punkte mögen hier kurz er-

¹⁾ H. Curschmann, Topographisch-klinische Studien. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Band LIII (1894), Seite 1 u. flgd. (Hier finden sich auch die betr. Litteraturangaben; vergl. überdies R. Virchow l. c. S. 334 und S. O. Habershon (s. oben S. 22. pg. 445).

wähnt werden ¹⁾. Im Greisenalter wird das Coecum immer länger; es reicht dann bisweilen bis ins kleine Becken hinab. Auch kann es tief heruntersinken, ohne dass es selbst beträchtlich verlängert wird, wenn sich das Colon ascendens ausdehnt. Wenn man also bei chronisch Constipierten in der rechten Hüftbeingrube Dinge palpiert, welche man für Kotmassen zu halten Veranlassung hat, so brauchen dieselben doch keineswegs in dem Blinddarme selbst zu liegen, sondern es kann sich unter derart veränderten Lageverhältnissen des Dickdarms sehr wohl auch um das Colon ascendens handeln. Von den durch pathologische Prozesse bedingten Lageveränderungen des Dickdarms, die sich erfahrungsgemäss mit chronischer Constipation gern vergesellschaften und welche die Ergebnisse der Palpation des Bauches dementsprechend zu modificieren vermögen, seien die durch das Schnüren bedingten Veränderungen erwähnt. Hierbei wird der Raum von einer Flexur des Colon transversum zur anderen künstlich verkürzt. Mit dem Magen tritt es dabei auch weit herab und es kommt sogar unter diesen Umständen öfters zu einer V-förmigen Knickung dieses Darmstückes. Hierbei ist zu bedenken, dass, während ein leeres Quercolon vom Dünndarm stark in die Höhe gedrängt wird und vollständig hinter dem Magen versteckt liegt, ein mit Kotmassen gefülltes durch deren Schwere nach unten gezogen wird und gegen die Nabelgegend herabsinkt. Natürlich wird durch das Schnüren das Herabsinken des V-förmig geknickten Darmstückes erheblich begünstigt und es kann leicht bis unter den Nabel dislociert werden. Schlawheit der Bauchdecken, welche der Entwicklung einer Enteroptose überhaupt Vorschub leistet, kann ganz besonders auch das Heruntersinken des Colon transversum erheblich steigern. Man hat beobachtet, dass bei Frauen, bei welchen Schnürveränderungen und schlaffe Bauchdecken so häufig neben-

¹⁾ Cf. Fr. Merkel, Handbuch der topographischen Anatomie, Band II. Braunschweig 1899, Seite 588 und 593.

einander vorkommen, der Tiefstand des Colon zweimal so oft gefunden wird, wie bei Männern. Die mir vorliegende Tafel II, Fig. 44 (Colon transversum, welches in der Mitte stark gekrümmt nach abwärts reicht) in der topographisch-chirurgischen Anatomie von Rüdinger (Stuttgart 1873) giebt davon ein recht anschauliches Bild. Rüdinger (l. c. S. 113) hebt sogar hervor, dass das Colon transversum nur in äusserst seltenen Fällen einen querverlaufenden Abschnitt des Dickdarms darstellt, sondern in gekrümmter Anordnung unter der grossen Curvatur des Magens nach links bis unter das Zwerchfell zur Milz gelangt. Dass derartige hochgradige V-Knickungen des Colon transversum, wo dasselbe bis zum Nabel, ja unter denselben herabreicht, für die Fortbewegung des Darminhalts sehr ungünstig sind, leuchtet um so mehr ein, als dann auch die Abknickung an den beiden Flexuren eine sehr scharfe ist, was besonders für den Uebertritt des Darminhalts aus dem Colon ascendens in das Colon transversum sehr häufig hinderlich werden muss. Noch mehr als beim Colon transversum begünstigen die anatomischen Verhältnisse des S-Romanum (Flexura sigmoidea) das Zustandekommen und die Unterhaltung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation. Nur in den seltensten Fällen stellt nämlich dieses Dickdarmstück, wie aus Engels Beobachtungen (cf. Rüdinger l. c. S. 116) hervorgeht, ein einfaches S-Romanum dar. Mit einem langen Mesenterium versehen verfügt die Flexura sigmoidea über eine grosse Beweglichkeit. Merkel (l. c. S. 595) betont, dass man mit Unrecht annehme, dass das Herabhängen der Flexur in das kleine Becken das Typische sei. Merkel erachtet die Fälle, wo der Gipfel der Flexur in die Bauchhöhle aufsteigt, für mindestens ebenso häufig. Abgesehen von einigen anderen Modifikationen in der Lagerung der Flexur kann die Sigmoidschleife, wenn sie sehr lang ist, erst quer durch das Becken gehen und dann neben dem Colon ascendens aufsteigen, so dass dann rechts drei Dickdarmrohre nebeneinander liegen. Ist die Schleife noch länger, so kann sie sogar an der Flexura coli

dextra umbiegen und sich am Colon transversum entlang wieder nach links wenden. Dazu kommt, dass die Art, wie, und der Ort, wohin das S-Romanum sich bewegt, doch wesentlich auch davon abhängen, ob dieses Darmstück leer ist oder ob es Gase oder feste Massen enthält. Wenigstens soviel darf in dieser Beziehung als sicher gelten, dass ein mit Gas gefülltes S-Romanum die Neigung hat, in der Bauchhöhle aufzusteigen, während ein leeres oder mit Kot gefülltes herabsteigt. Es liegt auf der Hand, dass derartige Lagerungsverhältnisse des S-Romanum der Fortbewegung des Kotes mehr oder weniger ungünstig sein können. — Diese Ausführungen liessen sich leicht erheblich erweitern. Jedoch dürften sie für unseren Zweck genügen. Es ist daraus ohne weiteres ersichtlich, dass man unter solchen Verhältnissen bei der Palpation des Bauches von chronisch Constipierten die im Colon transversum angehäuften Kotmassen eventuell unterhalb des Nabels wird palpieren können. Wer diesen Thatsachen nicht Rechnung trägt und lediglich die gewöhnliche Lagerung des Dickdarms vor Augen hat, der wird die Lage der betreffenden Kotmassen freilich in den Dünndarm verlegen. Unter Umständen lässt sich die Sachlage vielleicht durch Aufblähung des Dickdarms vom Anus aus, ev. auch durch Aufblähung des Magens aufklären. Ich enthalte mich lieber, wenn die Sachlage sich nicht zweifellos sicherstellen lässt, jedes Urteils darüber, in welchem Abschnitte des Dickdarms die Kotmassen liegen. Durch die Palpation des Bauches lässt sich dies nur dann feststellen, wenn der Dickdarm ganz normal gelagert ist. Natürlich wird ferner auch durch solche Dickdarmverlagerungen die Perkussion des Bauches beeinflusst. Hierzu kommt bei der Untersuchung des Bauches als erschwerendes Moment, dass die Ergebnisse der Schallperkussion unter solchen Umständen ohnedies nicht so ganz einfach zu deuten sind. Ich habe bereits oben (S. 28) darauf hingewiesen, dass Traube in einem Falle von Bleikolik bei nicht übernormal gespannten Bauchdecken an den meisten Stellen des Leibes einen lauten nicht tympanitischen

Schall, welcher an einem Punkte sogar einen schwach metallischen Nachklang zeigte, beobachtet hat. Traube betont, dass er schon öfters ein ähnliches Verhalten des Perkussionsschalles am Abdomen zu konstatieren Gelegenheit hatte. Es handelte sich in diesem Falle um einen partiellen Meteorismus. Diese Beobachtung Traubes, an deren Richtigkeit niemand zweifeln wird, steht mit den Befunden Škoda's¹⁾ bei analogen Zuständen in einem gewissen Widerspruch. Škoda fand nämlich unter den von Traube angegebenen Bedingungen den Perkussionsschall fast am ganzen Unterleibe, gleich sehr laut, tympanitisch, wobei sich nur selten Metallklang vernehmen liess, dagegen beobachtete Škoda einen nicht tympanitischen Perkussionsschall in den Fällen, wo neben einer starken Auftreibung der Därme durch Gas auch eine sehr grosse Spannung der Bauchdecken vorhanden war. Aus diesen verschiedenen Ergebnissen der Schallperkussion bei der Untersuchung des Unterleibs ergibt sich die Schwierigkeit der Deutung der einschlägigen Befunde von selbst. Hierzu kommt, dass die durch feste Kotknollen bedingten Dämpfungen des Perkussionsschalles unter solchen Umständen entweder gar nicht oder in ungenügender Weise zur Perception kommen. Die eben gegebenen Andeutungen mögen genügen, um das durchaus Unzureichende der Schallperkussion darzuthun. Ich benutze daher fast ausschliesslich neben der Palpation die Tastperkussion²⁾. Natürlich erfordert sie schlaffe, nicht zu fettreiche Bauchdecken. Sie wird übrigens auch erst dann genauere Details erkennen lassen, wenn die Evakuuation des stark gefüllten Dickdarms bis zu einem gewissen Grade vorgeschritten ist. Erst dann kommt man in die Lage, in ausreichender Weise in die Tiefe zu tasten. Ich werde bei der Besprechung der Diagnose und der Behandlung darauf zurückzukommen haben, wie wert-

¹⁾ Škoda, Abhandlung über Perkussion und Auskultation. 6. Aufl. S. 337. Wien 1864.

²⁾ Wilhelm Ebstein, Die Tastperkussion. Stuttgart 1901.

volle Anhaltspunkte durch die so angestellte Untersuchungsmethode über die Ausdehnung der Kotanhäufung im Dickdarm gewonnen werden. Bei dieser Untersuchung wird man auch unter allen Umständen der rechten Hüftbeingrube seine besondere Aufmerksamkeit zuwenden müssen, weil hier erfahrungsgemäss eine Lieblingsstelle für Kotstauungen ist. In diesem Sinne hat sich auch Dr. J. Steinbacher¹⁾, der frühere Direktor der Naturheilanstalt Brunnthal in München, ein zwar etwas schrulliger, aber gedankenreicher Mann, welcher später viel diskutierte Kurmethoden (die sogen. Oertelkur u. s. w.) in ganz analoger Weise bereits geübt hat, ausgesprochen, nämlich, dass im Blinddarm das Hauptleiden der sogen. habituellen Leibesverstopfung sei. Ein eifriger Schüler des Naturarztes Schroth, — mit dessen Kurmethode, welche Steinbacher streng individualisierend anwandte, er viele glänzende Resultate erzielte — hebt Steinbacher besonders Schroths eigentümliches Verfahren hervor, durch welches „sogleich auf den ersten Fingerdruck die in dem Blinddarm abgesackten und verhärteten Kotmassen zu erkennen seien“. In der Mitte der Linie nämlich, welche man sich von der Spina anterior superior ossis ilei dextra zum Nabel gezogen denkt, trifft nach Schroth der Fingerdruck gerade den Anfang des Blinddarms. Finden sich darin nun verhärtete Massen angehäuft, so empfindet der Patient auf diesen Druck hin einen eigentümlichen bohrenden, nicht zu unterdrückenden, höchst empfindlichen Schmerz. Nach den von mir bereits über die Lagerungsverhältnisse des Dickdarms gemachten Mitteilungen darf freilich nicht erwartet werden, dass man durch den Schrothschen Handgriff in so einfacher Weise stets die Lage des Blinddarms mit Sicherheit wird ermitteln können. Immerhin ist diese Angabe Schroths nicht ohne Interesse, weil sich darin das Bestreben des Naturarztes Schroth kundgibt, sich ein Urteil über die anatomischen Substrate der zu bekämpfen-

¹⁾ J. Steinbacher, Regeneration der geschwächten Unterleibs- und Verdauungsorgane u. s. w. Augsburg 1864. S. 76.

den Krankheitszustände zu bilden. Daran kann sich mancher Arzt noch heutzutage ein Beispiel nehmen! Ich habe, wenn ich von Typhlitis (Blinddarmentzündung) spreche, dabei keineswegs allein die entzündliche Erkrankung des wurmförmigen Fortsatzes im Auge, wenngleich dieselbe jedenfalls die bedeutungsvollste Rolle dabei spielt. Es ist jedenfalls doch nicht zu vergessen, dass die „Typhlitis stercoralis“, strictissimo sensu, welche früher für alles Unheil, was in dieser Gegend passierte, verantwortlich gemacht wurde, doch nicht so vollkommen über Bord geworfen zu werden verdient, wie es jetzt von manchen Beobachtern beliebt wird. Es giebt ebenso eine Typhlitis stercoralis, wie es eine Colitis stercoralis in den übrigen Partien des Dickdarms giebt. Ob der Prozess im Coecum oder im Processus vermiformis oder in beiden liegt, im konkreten Falle zu entscheiden, ist keineswegs immer leicht. Besonders die letzterwähnte Kombination scheint häufiger vorzukommen, als manche annehmen. Am einfachsten gestaltet sich die Entscheidung, wenn die in solchen Fällen von chronischer Constipation in der rechten Hüftbeingrube nachweisbare, nicht nur druckempfindliche, sondern auch spontan schmerzhaftige Geschwulst bei einer geeigneten Behandlung, nach reichlichen Stuhlausleerungen schnell verschwindet und wenn damit alle Krankheitssymptome, die subjektiven wie die objektiven, unter denen auch manchmal geringe, rasch vorübergehende Temperaturerhöhungen zu verzeichnen sind, beseitigt werden.

Die einfache Constipation pflegt bei sonst gesunden Individuen, auch wenn sie noch so hartnäckig ist, kein intensiveres Fieber (Kotfieber) zu machen. Indessen habe ich nicht gar selten bei chronischer Constipation mit Frost einsetzende, 39° aber in der Regel nicht übersteigende, gewöhnlich in einem Tage vorübergehende Temperaturerhebungen beobachtet, wobei die Untersuchung weder anderweite Abnormitäten ergab, noch Komplikationen sich hinterher ent-

¹⁾ Vergl. hierzu Pribram in Ebstein & Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin, Bd. II, S. 691. Stuttgart 1900.

wickelten. Auch Edlefsen hat solche Beobachtungen mitgeteilt und mit Recht die dabei zu konstatierende relative Pulsverlangsamung hervorgehoben. (Edlefsen, klin. therap. Wochenschr. 1900. No. 46.) Bei geringem, schnell aufgehörendem Fieber ist die Annahme die wahrscheinlichste, dass die Kotstauung im Blinddarm eine Darmreizung katarrhalischer Natur bedingt hat, welche — cessante causa cessat effectus — nach Entfernung der krankmachenden Schädlichkeit zur Ausheilung kommt. Ich brauche hier nicht nochmals zu bemerken, dass ich hierbei das entzündungserregende Moment durchaus nicht allein in der durch die Kotmassen bedingten mechanischen Reizung der Darmschleimhaut suche. Uebrigens kommen ausser diesen relativ einfach und leicht verlaufenden stercoralen Typhlitiden auch gelegentlich schwere ulceröse Typhlitisformen, d. h. wirklich im Coecum selbst lokalisierte Entzündungsformen vor, welche mit geschwürigen Substanzverlusten verbunden sind. Man dürfte mit der Annahme nicht fehlgehen, dass gewisse, zur Zeit unbekannte (s. S. 26) mit der Kotstauung in irgend welcher Beziehung stehende Gifte auch mit diesen ulcerösen Formen der Entzündung des Blinddarms in kausaler Beziehung stehen. Man beobachtet nämlich¹⁾, abgesehen vom Coecum, bzw. dem Anfangsteile des Colon ascendens, die von der pseudomembranösen Enteritis bedingten Veränderungen der Schleimhaut an allen den Teilen des Dickdarms am stärksten, wo, ähnlich wie im Blinddarm, bzw. dem Anfangsteil des aufsteigenden Colon Kotstauungen am leichtesten eintreten können, d. h. also an sämtlichen Flexuren des Colon, nämlich an der Flexura coli dextra, sinistra und sigmoidea. „Der Einfluss dieses Umstandes,“ sagt Orth, „ist so bedeutend, dass sehr häufig der mittlere Teil des Quercolons ganz frei oder doch nur in den ersten Stadien erkrankt ist, während an den beiden es begrenzenden Biegungen nicht nur eine zusammenhängende Verschorfung, sondern auch Geschwüre vorhanden sind.“ Es ist aus dieser

¹⁾ cf. J. Orth, Pathologisch-anatomische Diagnostik. 6. Aufl. Berlin 1900. Seite 605.

Thatsache ohne weiteres der Schluss erlaubt, dass auch die ulceröse Form der Entzündung des Blinddarms, welcher für die Kotstauung gleichfalls prädisponiert ist, auf der nämlichen ätiologischen Basis entstehen kann. Es darf hier daran erinnert werden, dass sich mit besonderer Vorliebe an den Krümmungen des Colons die chronischen partiellen Peritonitiden entwickeln, welche die chronische Koprostase so sehr begünstigen und von denen Virchow (l. c.) annimmt, dass sie ihrerseits der Entstehung dieser entzündlichen Prozesse sehr Vorschub leisten. Man spricht geradezu von einer partiellen hypochondrischen Peritonitis, welche sich vorzugsweise an der Flexura coli dextra oder sinistra entwickelt und deren Verwachsung mit benachbarten Teilen bewirkt. In diese Kategorie der hier in Betracht kommenden umschriebenen chronischen Peritonitiden gehören auch die als: „*Adhaesiones peritoneales inferiores*“ beschriebenen Krankheitsprozesse. Gersuny und nach ihm Alteneder¹⁾ haben diesen Entzündungen die gebührende Aufmerksamkeit zugewendet. Es sind hier als von besonderer Wichtigkeit die Adhäsionen am Wurmfortsatz hervorzuheben, welche erfahrungsgemäss auch vergesellschaftet mit Affektionen der weiblichen Genitalien vorkommen. Neben diesen *Adhaesiones e Perityphlitide chronica* sei hier als andere Form der *Adhaesiones inferiores* der gleichartigen Veränderungen links an der Flexura sigmoidea gedacht. Das Krankheitsbild setzt sich folgendermassen zusammen: Schmerz in der unteren Bauchgegend beiderseits. Dabei ist — und dies ist betreffs der Aetiologie und der Therapie von besonderer Wichtigkeit — meist chronische Constipation vorhanden. Die Schmerzen steigern sich kurz vor der Kotentleerung, besonders bei hartem Stuhl, bisweilen bis zu heftigen Kolikanfällen. Die Schmerzen vermehren sich bei stärkeren Körperbewegungen. Die Gegend des Processus vermiformis ist druckempfindlich (Mac Burneys Punkt), desgleichen eine diesem Punkte ziemlich genau sym-

¹⁾ Zeitschrift für Heilkunde 1901 (Bd. XXII) Heft 3 S. 10 u. folgd. Hier findet sich die einschlägige Litteratur.

metrisch gelegene Stelle linkerseits. Beim weiblichen Geschlechte treten Schmerzen bei der vaginalen Untersuchung, bei der Cohabitation und während der Menstruation hinzu. Als objektiv wahrnehmbare Zeichen finden sich beim weiblichen Geschlecht, wenn die Genitalien primär erkranken, bei der Untersuchung relativ oft in Form von Strängen tastbare und durch Lageveränderungen erkennbare Adhäsionen. Ist die Genitalerkrankung nicht primär, so finden sich an den weiblichen Geschlechtsteilen entweder keine oder geringfügige Veränderungen. Im übrigen ist die Tastbarkeit des wurmförmigen Fortsatzes meist das einzige objektiv wahrnehmbare Symptom.

Es wird nun wohl angesichts der vorstehenden Ausführungen ohne Bedenken mit der Möglichkeit gerechnet werden dürfen, dass der so viel umstrittene, praktisch so wichtige, heute meist mit dem Namen „Appendicitis“¹⁾ — die Entzündung des Wurmfortsatzes — bezeichnete Krankheitsprozess, wenn er erwiesenermassen auch in mannigfacher Weise entsteht, doch auch in ganz analoger Weise, wie die Entzündung des Blinddarms selbst, also infolge von Kotstauungen zustande kommen kann. Kotretentionen in der Form von Kotsteinen, kommen hier genügend häufig vor, desgleichen auch geschwürige Prozesse. Dass die letzteren auch auf diphtherischer Basis in der gleichen Weise wie an den erwähnten Partien des Dickdarms vorkommen können, muss wohl mindestens als möglich, ja als wahrscheinlich zugelassen werden. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass man berechtigt ist, es als konstantes Vorkommnis anzunehmen, oder dass man es auch nur als das häufigste erachten darf, dass die Entzündung des Wurmfortsatzes immer oder in der Mehrzahl der Fälle infolge allgemeiner Kotstauung im Dickdarm entsteht und mit chronischer Constipation und deren Folgen verläuft. Es giebt zweifellos Fälle von Entzündung des Pro-

¹⁾ Die anderen für „Appendicitis“ vorgeschlagenen Bezeichnungen sind vielleicht etymologisch richtiger, aber jedenfalls nicht schöner, und haben überdies das eingebürgerte Wort „Appendicitis“ nicht zu verdrängen vermocht.

cessus vermiformis, die völlig unabhängig von irgend welcher Affektion anderer Partien des Darms ganz selbständig im Wurmfortsatz entstehen und sich in ihm abspielen. Sie scheinen gar nicht selten bis zur Perforation ganz symptomlos, ohne dass vorher Constipation bestand, zu verlaufen. Dieselbe pflegt sich aber später einzustellen. Ueberstehen die Patienten nämlich diese in der Regel recht schweren Blinddarmentzündungen, dann macht sich oft als sehr unangenehme Folgeerscheinung eine ausserordentlich hartnäckige, nach den gewöhnlich auftretenden Recidiven der Blinddarm-entzündung sich mehr und mehr verschärfende Constipation bemerkbar. Dieselbe pflegt erst nach der Entfernung des Wurmfortsatzes zur Ausheilung zu kommen, wenn sie einer geeigneten Behandlung unterzogen wird.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zu der ulcerösen Form der Colitis infolge von Constipation zurück, so scheinen diese Prozesse auch zur Heilung kommen zu können. Ich schliesse dies aus einigen Beobachtungen, wo neben anfänglicher chronischer Verstopfung zeitweise hartnäckige Durchfälle mit reichlichen Schleim- und Blutabgängen und gelegentlichen starken Darmblutungen auftraten, welche letztere aber keinen hämorrhoidalen Charakter hatten. Da nun in diesen Fällen sich nicht nur keine andere Ursache zur Erklärung der genannten Symptome auffinden liess und die Krankheitserscheinungen nach der Beseitigung der Constipation und einer angemessenen sonstigen Behandlung vollständig rückgängig wurden, und da die Heilung viele Jahre hindurch ohne irgend welchen Rückfall ungestört bei vollkommen gutem sonstigen Befinden angehalten hat, so dürfte der Schluss gerechtfertigt sein, dass es sich in diesen Fällen um geschwürige Prozesse infolge von chronischer Constipation gehandelt hat, welche nach deren Beseitigung zur Ausheilung gekommen sind. Im allgemeinen gehören, wenn wir von den gar nicht seltenen hämorrhoidalen Blutungen absehen, Darmblutungen nicht in den Symptomenkomplex der chronischen Constipation. Hämorrhoiden und Blutungen aus den Knoten spielen aber

allerdings eine nicht geringe Rolle in der klinischen Geschichte habitueller Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung. Es ist eine bekannte Erfahrung, dass bei sehr vielen der daran Leidenden Hämorrhoidalknoten sich entwickeln, und dass unter dem Einfluss des komplizierenden Hämorrhoidalleidens die Stuhlträgheit und die Verstopfung wesentlich verschärft werden. Dazu kommt, dass, wofern sich starke und — wie gewöhnlich — sich häufiger wiederholende Blutungen aus den Hämorrhoidalknoten einstellen, auch die zunehmende Blutverarmung der Stärkung der Darmkraft sehr störend entgegentritt. Es bleibt unter solchen Umständen oft kein anderer Ausweg übrig, als die operative Entfernung der Hämorrhoidalknoten, um die habituelle Stuhlträgheit und die chronische Stuhlverstopfung zu beseitigen oder wenigstens wesentlich zu bessern (IV).

2. Die die habituelle Stuhlträgheit und die chronische Stuhlverstopfung komplizierenden Magenaffektionen.

Neben den geschilderten Symptomen der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Kotanhäufung im Dickdarm, wobei, wie ich besonders nochmals betone, keineswegs immer Stuhlverhaltung vorhanden zu sein braucht, sondern sogar überaus hartnäckige, durch kein Stopfmittel zu beseitigende Durchfälle zeitweilig die Scene beherrschen können, kommen recht häufig auch Störungen der Magenthätigkeit vor (V). Es wird bei jedem dieser Fälle die Frage aufzuwerfen sein, ob diese Störungen durch ein den Magen und den Darm gleichzeitig schädigendes Moment bedingt sind, oder ob durch die gestörte Funktion des Magens die Darmthätigkeit beeinträchtigt wird, oder ob die Darmaffektion die primäre Störung ist, unter deren Einfluss sekundär auch die Magenthätigkeit in krankhafter Weise modifiziert wird. Ich will hier nicht weiter auf die Fälle eingehen, bei denen neben chronischer Constipation, sei es unter dem Einfluss gleichzeitig vorhan-

dener chronischer Allgemeinerkrankungen, sei es unter dem Einfluss mancher anderen konkurrierenden Organstörungen, auch die Funktion des Magens mehr oder weniger leidet. Der behandelnde Arzt wird im konkreten Falle auf derartige Komplikationen selbstverständlich zu achten haben, weil von ihnen das praktische Handeln wesentlich beeinflusst wird. Uns interessieren hier nur die im Gefolge der chronischen Constipation auftretenden Magenstörungen. Trousseau¹⁾, — welcher die Dyspepsien im allgemeinen erstens in idiopathische d. h. also in solche, die in Affektionen des Magens selbst ihren Grund haben, und zweitens in sympathische oder symptomatische d. h. in solche, bei denen die Dyspepsie nur der Wiederhall einer Störung ist, welche andere Organe getroffen hat, die mit dem Magen in einer sympathischen Beziehung stehen, unterscheidet — vertritt die Ansicht, dass unter den letzteren die Störungen im Bereich des Darmkanals eine Hauptrolle spielen. Fast alle Dyspeptiker seien — so behauptet Trousseau — mehr oder weniger hartnäckig verstopft, wodurch der Dyspepsie infolge der Verlangsamung der gesamten Peristaltik Vorschub geleistet werde. Trousseau meint, man brauche bei gewissen Kranken nur einen ordentlichen Stuhlgang durch die aufsteigende Douche oder auch durch ein Klystier zu bewirken, um die dyspeptischen Erscheinungen zu beseitigen. So bequem lässt sich das freilich nicht machen, wie es Trousseau angiebt, indes kann ich auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen mitteilen, dass ein grosser Teil der mich konsultierenden „Magenkranken“ der sogen. besseren Stände, welche viele Kuren deswegen angewendet haben, nach einer gründlichen Heilung ihrer chronischen Constipation völlig und dauernd genesen. Auch in der Klinik werden sehr viele derartige Kranke auf diese Weise geheilt. Ich stütze meine Ansicht, dass in dem betreffenden Falle die Darmaffektion das Primäre und das die

¹⁾ A. Trousseau, Medizinische Klinik des Hôtel Dieu in Paris Bd. III. Deutsch von P. Niemeyer. S. 24. Würzburg 1868.

Magenstörungen veranlassende Moment war, nicht wie Trouseau, allein auf die Erfolge der Behandlung, obgleich auch ich dies Moment durchaus zu würdigen weiss, sondern auf die Entwicklung der Krankheit, die sich aus der Chronologie der Erscheinungen kundgibt. Die Anfänge der Krankheit lassen sich nicht selten ziemlich weit zurück verfolgen, freilich ist dies aber oft nur mit Mühe zu eruieren. Ich wähle hierzu bei den urteilsfähigen Kranken den Weg, dass ich sie selbst, um ja nichts in sie hineinzufügen, die Geschichte ihrer Krankheit aufschreiben lasse. Auf diese Weise bekommt man recht oft ganz vortreffliche Anamnesen. So erfährt man denn, dass in einer zum Teil ziemlich weit zurückliegenden Zeit aus irgend einem Grunde der Stuhlgang mangelhaft geworden sei. Sehr bemerkenswert ist dabei, dass dies den betreffenden Individuen nur allmählich in Erinnerung kommt. Manchmal ist es nur durch die Eltern zu eruieren. Es handelt sich hierbei keineswegs stets um ein schlechtes Gedächtnis oder gar um mangelhafte Intelligenz der Kranken. Dieselben sehen vielmehr ihre habituelle Stuhlträgheit als etwas durchaus nicht Krankhaftes und Ungewöhnliches, sondern als etwas Natürliches, mit ihrer Natur Verwachsenes an. In analoger Weise, wie ein Mensch mit Lungenemphysem und chronischem Bronchialkatarrh einen mässigen Husten gar nicht zu achten pflegt, „weil er ihn immer habe“, glauben sie, dass ihre Verstopfung keine grössere Bedeutung habe; „geht doch“ — so drückten sich solche Patienten oft aus — „alle oder doch die meisten Tage wenigstens etwas ab“. Freilich konstatieren wir als die Ursache der chronischen Verstopfung oft genug bestimmte Ausgangspunkte, indem chronischë Darmkatarrhe, ferner schwerer Typhus oder überstandene Blinddarmentzündungen (s. S. 48), weniger oft eine vorausgegangene Ruhr u. s. w. — um nur einige Beispiele anzuführen — beschuldigt werden. Das Auftreten eines Eingeweidebruchs markiert auch nicht gerade selten den Beginn einer chronischen Constipation. In anderen Fällen, und diese mögen vielleicht von dem sich in die Aetiologie nicht besonders Vertiefenden als das Gewöhn-

liche angesehen werden, liegt die Sache weit offenkundiger. Die Patienten klagen, dass sie seit so und so langer Zeit ohne einen nachweisbaren Grund an Constipation laborieren und alle denkbaren Medikamente und ungezählte Brunnenkuren, Klysmen und Stuhlzäpfchen dagegen gebraucht hätten. Die sogen. „Schweizer Pillen“ fehlen selten und der tägliche Gebrauch von ungarischem Bitterwasser setzt den schier zahllosen Kurversuchen, die zuerst mehr oder weniger hilfreich gewesen seien, dann aber versagt hätten, schliesslich die Krone auf. Dies geht so lange, bis die Patienten, wenn ihr Darm streikt, mit ihrer Weisheit zu Ende sind. Die Magenstörungen setzen gar nicht selten dabei ziemlich plötzlich ein, so dass es sehr wohl verständlich ist, wenn in solchen Fällen, wo — wie das eben geschildert worden ist — die Stuhlträgheit und die chronische Constipation als „habituelle“ Störungen wenig oder keine Beachtung fanden. Der Kranke und sein Arzt glauben, dass die Magenaffektion das primäre oder gar das einzig zu bekämpfende Leiden ist. Erst gehen nicht selten Jahre darüber hin, ehe es durch genaueres Eingehen auf den Fall zu einer Erkenntnis der wahren Sachlage und zur Heilung durch Beseitigung der Constipation kommt. Eine Ursache für eine solche primäre Magenaffektion lässt sich ja meist leicht auffinden. Entweder tritt der allgemeine Sündenbock, die „Erkältung“ als Erklärungsgrund ein, oder es werden immer und immer wieder Diätfehler für das Auftreten der Magenerscheinungen verantwortlich gemacht. Thatsächlich können freilich derartige und andere verwandte Schädlichkeiten als begünstigende Gelegenheitsursache angesehen werden. Indes liegt der letzte Grund in solchen Fällen noch tiefer, und offenbar können verschiedene Umstände bei vorhandener chronischer Constipation und den von ihr abhängigen Folgezuständen Magenstörungen hervorrufen. Bereits S. O. Habershon (l. c. pag. 451, s. o. S. 22) hat eine Reihe von solchen Möglichkeiten aufgestellt. Er erachtet die von Anderen vertretene Ansicht, dass ein ausgedehntes Colon transversum einen Druck auf das Duodenum ausübt und dadurch dys-

peptische Symptome veranlassen könne, für ausserordentlich zweifelhaft, hebt aber hervor, dass, wenn Adhäsionen zwischen dem Anfangsteil des Duodenums und dem Colon vorhanden sind, eine grosse Spannung des letzteren sehr wohl auf den Zwölffingerdarm einen Druck ausüben könne; übrigens führt Habershon diese Störungen der Magenthätigkeit infolge der Constipation auf andere Ursachen (imperfect separation of secreta and congestion of the portal system) zurück. Betreffs des Anteils, den die Lageverhältnisse des Verdauungskanals in dieser Beziehung haben, darf zunächst auf das verwiesen werden, was oben bereits über die Verhältnisse des Magens und des Quercolons bei schlaffen Bauchdecken und bei Menschen, welche sich schnüren, gesagt wurde. Ferner ist zu erwägen, dass, da der untere Rand des Colon transversum nicht genau an den Kontur des Magens angeschlossen ist, sondern hinter ihm ein wenig in die Höhe steigt, hieraus ebenso, wie aus dem Umstande, dass hier auch dieser Darmteil durch Verwachsung der Wände des Netzbeutels häufig fest mit dem Magen verbunden ist (vergl. Fr. Merkel S. 592, s. o. S. 41), Bewegungs- und dadurch funktionelle Störungen des Magens sehr wohl eintreten können, indem die ersteren bei der gestörten Peristaltik des Magens unvermeidlich sehr bald auch Störungen des Chemismus der Magenverdauung bewirken müssen. Nämlich solche Störungen bleiben nicht aus, wo die Fortbewegung des Mageninhalts in den Darm irgendwie beeinträchtigt wird. Ausser diesen von den lokalen Verhältnissen im Bauch abhängigen ätiologischen Momenten, welche bei der chronischen Constipation den Magen in Mitleidenschaft ziehen, dürften recht oft hierbei die später zu besprechenden, infolge der chronischen Constipation entstehenden Noxen (Darmgifte) wesentlich mitwirken ¹⁾. Dieselben müssen die Kranken auch noch in

¹⁾ Dass derartige rasch vorübergehende Magenbeschwerden auch infolge der behufs der Beseitigung der Koprostase unternommenen Kuren, insbesondere der grossen Oelklysmen, entstehen können, wird in dem die Therapie betreffenden Abschnitt erwähnt und erörtert werden.

weitergehender und schwererer Weise herunterbringen, sei es dadurch, dass noch andere Organe und Organsysteme in Mitleidenschaft gezogen werden, sei es dadurch, dass der Gesamtorganismus leidet, oder endlich dass, — was unter solchen Umständen eigentlich das Selbstverständlichste ist — solche Organ- und allgemeine Gesundheitsstörungen sich kombinieren. Nicht alle Beschwerden, welche von den an chronischer Constipation Leidenden auf den Magen bezogen werden, sind übrigens thatsächlich von diesem Organe abhängig. Es gilt dies in erster Reihe von den häufigsten Klagen der betr. Individuen, nämlich von dem Schmerz. Es ist auch dies der Aufmerksamkeit von Trousseau keineswegs entgangen. Derselbe sagt — l. c. S. 25, (cf. oben S. 51), — dass dem Colon transversum angehörende Schmerzen häufig auf den Magen bezogen werden, und er schätzt, dass vielleicht in der Hälfte der Fälle das, was man bei alten Leuten, auch bei manchen jungen Frauen, für Gastralgie hält, nichts weiter sei als eine Colalgie. Meines Erachtens beschränkt sich das nicht auf die von Trousseau besonders hervorgehobenen Kategorien. Beiläufig mag ferner hier gleich bemerkt werden, dass Schmerzen im Colon ascendens und descendens nicht selten auf die Leber, bezw. auf die Milz bezogen werden. Man kann, wenigstens in einer grossen Reihe von Fällen, diese Pseudomagenschmerzen unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte richtig deuten: 1. Die angeblich dem Magen angehörigen, aber thatsächlich durch die Constipation bedingten Schmerzen entstehen nicht unmittelbar, sondern erst einige Stunden nach der Mahlzeit; 2. die Schmerzen sind mit einer hartnäckigen Constipation verbunden, welche freilich zuweilen mit oft explosionsartig erfolgendem Durchfall abwechselt. Letzterer ist nicht selten von dem Abgange mehr oder weniger reichlichen zähen Schleims begleitet, welcher entweder (vergl. oben S. 23) die Fäces überzieht oder, wofern die Ausleerung sehr spät nach vielen Anstrengungen oder unter grossen Schmerzen erfolgte, eine bandartige Gestalt zeigt, infolgedessen die Schleimmassen

gar nicht selten von den Patienten für Bandwurmglieder oder gar für „Darmhäute“ gehalten werden. Von grosser Bedeutung scheint mir 3. zu sein, dass die Intensität der sogen. Magenschmerzen im umgekehrten Verhältnis zu der Reichlichkeit der entleerten Kotmassen steht. Je befriedigender die Ausleerungen, um so erträglicher scheinen sich die Schmerzen zu gestalten. Endlich spricht 4. für die Abhängigkeit der betr. Schmerzen von dem Darm, dass in derselben Masse, wie die Constipation und die von ihr bedingten Erscheinungen durch eine entsprechende Behandlung geheilt werden, auch ohne dass für den Magen irgend etwas geschieht, die betr. Schmerzen stetig mehr und mehr rückgängig werden. Eine nicht geringe Zahl der Fälle, bei denen ein Magengeschwür diagnostiziert wird und zwar besonders wegen der auf den Magen bezogenen Schmerzen, entfallen in diese Kategorie (VI). R. Schütz kommt in einem recht beachtenswerten Beitrage „zur Differentialdiagnose des Ulcus ventriculi“ ¹⁾ zu folgenden Schlüssen, welche für die ärztliche Praxis von grosser Bedeutung sind und welche sich mit den vorstehenden Ausführungen in vielen Punkten decken. Schütz betont, dass Affektionen des Dickdarms, nämlich manche Catarrhe und Entzündungen, sowie die verschiedenen Formen der Verlagerung, auch einfache schwere Constipation und die allgemeine Enteroptose das Krankheitsbild des Magengeschwürs in hohem Grade nachzuahmen vermögen und um so leichter zu Verwechslungen führen, als der bestehende Druckschmerz von dem bei Erkrankungen des Magens entstehenden schwer zu trennen ist. Daher empfehle es sich in allen Fällen, die nicht durch eine Blutung als Geschwüre erwiesen sind, bei der äusseren Untersuchung und mittels der Besichtigung des Stuhls, die eben erwähnten Zustände in Betracht zu ziehen. Auf die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen angeblichen Magenschmer-

¹⁾ R. Schütz, Verhandlungen des XVII. Kongresses für innere Medicin. Wiesbaden 1899. Sonderabdruck.

zen und Dickdarmaffektion werde uns die Beobachtung hinweisen, dass erstere bei gründlicher Entleerung des Colons auffallend nachlassen. Mit grösserer Sicherheit werde man aber diese Annahme erst durch den Nachweis, dass die freie Salzsäure erheblich vermindert ist oder fehlt, begründen können. Diesen Befund hält Schütz auch dann event. von entscheidendem Wert, wenn bei anämisch-nervösen Personen ein Geschwür in Frage steht. Ich möchte hierzu auf Grund meiner Erfahrungen nur soviel bemerken, dass Hyperacidität des Magensaftes durchaus nicht dagegen spricht, dass Schmerzen, die auf den Magen bezogen werden, nichtsdestoweniger doch vom Darm herrühren. Ich habe zwei solche Fälle beobachtet, bei denen von hervorragenden Beobachtern die Diagnose auf Hyperacidität gestellt und die Behandlung dementsprechend geleitet worden war. Beide Patienten waren dabei erschreckend abgemagert; aber die Erscheinungen seitens der Verdauungsorgane hatten sich bei dieser Behandlung auch nicht im geringsten gebessert. Da ich bei beiden Patienten konstatieren könnte, dass bei ihnen jedenfalls — unbeschadet der Möglichkeit, dass auch noch anderweite Krankheitsprozesse im Spiele wären — eine chronische, vorzugsweise spastische Constipation vorlag, war ich bemüht, zunächst diese in der, gelegentlich der Besprechung der Therapie solcher Zustände zu schildernden Weise zu beseitigen. Ich schritt also unbekümmert um den Magen zur Evakuation des mit Kotmassen stark gefüllten Darmes. Der Erfolg war in beiden Fällen ein ausgezeichneteter. Besonders über den ersten Fall, dessen Behandlung in den Monat Juli 1897 fällt, der zugleich der weit schwerere und von seinen medizinischen Freunden aufgegeben war, bin ich so weit unterrichtet, dass der Erfolg jetzt noch andauert, und dass der Kranke seinem Berufe im Dienst der Marine nachgehen kann (vergl. hierzu Kap. IX, Fall VII). Ich stelle durchaus nicht in Abrede, dass in diesen Fällen ein ohne Blutung verlaufendes Magengeschwür, das spontan zur Ausheilung gekommen ist, vorgelegen haben kann. Indes war es doch

zu auffallend, wie prompt und stetig die Besserung aller Symptome bei der angegebenen Behandlung der Koprostase fortschritt, obgleich dabei in keiner Beziehung auf den Zustand des Magens Rücksicht genommen wurde. Nachdem erst der Erfolg der Behandlung der Constipation täglich mehr und mehr hervortrat, gingen alle Magensymptome vollständig zurück. Uebrigens glaube ich, soweit wenigstens meine Erfahrungen reichen, nicht, dass der infolge von Constipatio chronica auftretende und fälschlich auf den Magen bezogene Schmerz gerade oft zu Verwechslungen mit Magengeschwüren Veranlassung geben dürfte ¹⁾. Im übrigen braucht hier wohl nicht erst weiter angeführt zu werden, dass bei Patienten, welche an Magengeschwüren leiden, auch habituelle Stuhlträgheit und eine durch sie veranlasste chronische Constipation ebenso wie im Gefolge anderer chronischer Magenaffektionen sich entwickeln können. Indes darin gerade

¹⁾ Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit, auf die Diagnose der Magengeschwüre näher einzugehen. Dass auch das Erbrechen von Blut kein in dieser Beziehung eindeutiges Symptom ist, habe ich in meiner Arbeit: *Trauma und Magenkrankungen u. s. w.* im LIV. Bande des Deutschen Archivs für klinische Medizin, S. 442 und folgende ausgeführt. Im übrigen liegen die Schwierigkeiten im wesentlichen, wie ich glaube darin, dass die Symptomatologie des Magengeschwürs von den verschiedenen Autoren keineswegs in der gleichen Weise dargestellt wird. Es dürfte dies im wesentlichen darin seinen Grund haben, dass vielfach nicht nur die Symptome von Magenaffektionen, in deren Verlauf gelegentlich ein Magengeschwür auftritt, sondern auch die nach dem Ablauf des geschwürigen Prozesses hinzutretenden, bzw. zurückbleibenden Magensymptome zu den Symptomen des Magengeschwürs selbst gerechnet werden. Letzteres dürfte wohl fast ausnahmslos ein ganz akut verlaufender Prozess sein, indem sich die Zerstörung bzw. die Verdauung eines Teils der der peptischen Wirkung des sauren Magensaftes ausgesetzten Magenwand sehr schnell vollzieht, und weil auch die Ausheilung solcher Defekte, wie dies gelegentlich bei der Losreissung von Stücken der Magenschleimhaut mit der Magensonde beobachtet wurde (cf. Ebstein, Berliner klin. Wochenschr. 1895, No. 4), sehr rasch erfolgen kann. Sehen wir doch ferner, dass nicht so selten die Perforationsperitonitis infolge geschwüriger Durchlöcherung des Magens

liegt das für die in Rede stehenden Fälle von Dickdarmaffektion bzw. Constipation Typische, dass die Darmsymptome vorausgehen, an die sich teils die fälschlich, wie der Schmerz auf den Magen bezogenen Symptome, teils wirkliche Magensymptome erst später anschliessen. Jedenfalls will ich hier bemerken, dass ich bei Personen, bei welchen ich Verdacht auf die Anwesenheit eines Ulcus corrosivum des Magens habe, die Einführung der Magensonde zu diagnostischen Zwecken weder für zweckmässig noch überhaupt für zulässig erachte. Die doch dabei gar nicht selten, besonders bei Personen, welche nicht an die Sondeneinführung gewöhnt sind, auftretenden Würgebewegungen, erklären ohne weiteres, warum beim korrosiven Magengeschwür die Einführung der Magensonde nicht für einen harmlosen Eingriff erklärt werden darf. Die Magenerscheinungen, welche man bei chronischer Constipation, wenn sie gewisse Grade erreicht hat, oft beobachtet, sind im übrigen wesentlich dyspeptischer Natur: launischer Appetit, Aufstossen teils von geruchlosen, teils von sauerschmeckenden Gasen, wobei gar nicht selten Speiseteile aus dem Magen mit in die Höhe gerissen werden, Wasserkolk. Der Salzsäuregehalt und die Verdauungsfähigkeit des Magens erwiesen sich in den von mir darauf untersuchten Fällen von chronischer Constipation normal. Erbrechen, besonders wiederholtes und massiges, kommt meines Wissens nur bei wenigen Kranken und auch bei ihnen nur recht selten vor, wofern es sich um Magenaffektionen handelt, die infolge der chronischen Constipation und deren gewöhnlichen Komplikationen, welche bereits oben ge-

das erste Symptom ist, welches das vorhandene schwere Leiden des Magens verrät. Ohne weiteres ist aber überdies zuzugeben, dass erfahrungsgemäss die solchen Geschwüren folgenden Leiden (Gastralgien, Pylorusstenosen u. s. w.) lange, bisweilen für die Lebenszeit bestehen können und wir werden ebenso verstehen, dass, bevor es zur Geschwürsbildung kommt, Magensymptome verschiedener Art, besonders dyspeptische Beschwerden längere oder kürzere Zeit vorausgehen können aber nicht vorausgehen müssen.

schildert worden sind, sich entwickeln¹⁾. Oefters wiederholtes, oder gar häufiges, sehr reichliches oder blutiges Erbrechen gehört nicht in dem Rahmen der hierbei in Frage kommenden Störungen der Magenthätigkeit; nichtsdestoweniger aber sehen wir im Gefolge hartnäckiger Constipation nicht gar selten schwere Ernährungsstörungen bei gleichzeitig vorhandenen Magenstörungen sich entwickeln. Hier spielen gewöhnlich noch andere Umstände mit, auf welche ich Gelegenheit haben werde, später noch genauer einzugehen. Hier sei dieser Fälle von chronischer Constipation im wesentlichen nur unter Rücksichtnahme auf die Störungen der Magenthätigkeit gedacht, welche bei ihnen gewöhnlich so in den Vordergrund treten, dass sie das Krankheitsbild beherrschen. Es handelte sich bei meinen derartigen Beobachtungen gewöhnlich um jüngere Personen weiblichen Geschlechts, bei denen das hauptsächlichste Symptom eine absolute Appetitlosigkeit war, für welche sich in dem sonstigen Verhalten des Magens eine Erklärung nicht finden liess. Es fehlten so gut wie ganz andere dyspeptische Symptome, auch fehlten Mundkatarrhe, durch welche bekanntlich nicht selten selbst schwerere chronische magendyspeptische Symptome vorgetäuscht werden. Dagegen traten neben der Appetitlosigkeit eine nicht minder hartnäckige chronische Stuhlverstopfung, sowie eine entsetzliche Abmagerung in den Vordergrund. Was die Constipation betrifft, so verhalten sich in dieser Beziehung die Fälle, bei denen die Appetitlosigkeit als eine Art selbständiger Krankheit, die eine hochgradige Inanition im Gefolge hat, sich bemerk-

¹⁾ Szerlecki giebt (l. c. S. 80) an, dass Erbrechen besonders bei der Colica flatulenta dann erfolge, wenn das Colon auf den Magen drückt und bezieht sich auf eine Beobachtung von Dodonaeus (1515 bis 1585), welche Licutand in seiner Hist. anat. med. V, I. 1786, pag. 93 anführt: „Tonsor quidam in dextro hypochondrio sibi quidquam afferri conquerebatur, quod in sinistro conquiesceret, quod super ventriculum transiens vomitum movebat. In mortui cadavere reperitur intestinum colon ventriculi fundo incumbens et flatu omnino distentum reliquis intestinis faecibus repletis.“

bar macht, sehr verschieden. Bekanntlich entwickeln sich solche Appetitlosigkeiten — Anorexien — am häufigsten auf nervösem Boden. Meines Wissens hat Sir William Gull diese Affektion im Jahre 1873 und später in der *Lancet* 1888¹⁾ als *Anorexia nervosa* zuerst beschrieben. In demselben Bande dieser Wochenschrift finden sich weitere Mitteilungen über diese Affektion von Hovell, J. Adam, St. Mackenzie und Edge. Es ist hier nicht der Ort, die gesamte einschlägige Litteratur vollständig aufzuzählen. Jedenfalls handelt es sich bei allen diesen Fällen um junge Mädchen. Sollier²⁾ hat für diese *Anorexia nervosa hysterica*, wofür er selbst die Bezeichnung „*Sitieirgie s. hystérique*“ vorschlägt, vier ätiologische Momente angeführt, nämlich 1. moralische, d. h. die Hysterische will nicht essen, weil sie eben nicht will, sei es aus Koketterie, oder um magerer zu werden, oder um sich interessant zu machen, oder aus irgend einem anderen solchen nichtigen Grunde; 2. vielleicht am häufigsten besteht die Anorexie infolge des Verlustes des Hungergefühles, einer Anästhesie des Geschmacks und des Magens; 3. nervöse Ursachen, wie *Spasmus oesophagi* oder *Gastralgien* u. s. w.; 4. sensorielle Illusionen, welche meistens nicht als selbständige, sondern als unterstützende Momente wirksam sind. Sollier erwähnt unter den sensoriiellen Illusionen, die bei der Aetiologie der *Anorexia hysterica* eine Rolle spielen, u. a. Beobachtungen, wo die betr. Kranken deshalb nicht essen wollten, weil sie meinten, dass sie dadurch Hunden oder anderen Tieren glichen, und weil sie dadurch lächerlich würden. Endlich fügt Sollier den vorstehenden vier Ursachen der *Anorexia hysterica* als fünfte noch die Disposition der Jugend, bei den

¹⁾ *Lancet* 1888, pag. 516 (17/3). Die erste Mitteilung Gulls über diesen Gegenstand, die in den *Transactions of the clinical society*. Vol. VII. London 1874 sich befindet, habe ich nicht erhalten können.

²⁾ P. Sollier, *Revue de médecine* XI. (1891) pag. 526 und seq. Weitere Litteraturangaben s. bei Oscar Ling, *St. Petersburger med. Wochenschrift* 1900, No. 48.

geringsten Ursachen zu erbrechen, hinzu. Soweit ich die betreffende Litteratur übersehe, spielt in ihr bei diesen nervösen Fällen von Anorexie die Constipation keine ausschlaggebende Rolle. Pel giebt bei der Bearbeitung des Gegenstandes in meinem und Schwalbes Handbuch der praktischen Medizin Bd. 2 S. 56 (Stuttgart 1900) an, dass der Stuhl dabei retardiert zu sein pflege. In meinen Fällen war die Koprostase ein ganz hervorstechendes Symptom, der Dickdarm war mit harten Scybalis angefüllt. In gleichem Verhältnis wie die Evakuation des Dickdarms fortschritt, hob sich auch die Ernährung, der Appetit und die Menses, welche in dem einen meiner Fälle zwei Jahre völlig cessiert hatten, kehrten wieder, und meine jungen Patientinnen sind vollkommen genesen. Hysterische Symptome waren bei keiner vorhanden, dagegen eine Reihe nervöser Symptome, wie wir sie im Gefolge der chronischen Constipation oft finden, und worauf ich später noch zurückkommen werde. Jedenfalls ergibt sich als Facit aus meinen Beobachtungen, dass man in allen Fällen von sogenannter nervöser Anorexie der Darmthätigkeit und deren Regelung in geeigneter Weise die genügende Aufmerksamkeit zuwenden muss, eingedenk der Thatsache, dass auch bei täglichem Stuhlgange und sogar bei Durchfällen unter Umständen der Darm mit Kot vollgefüllt sein kann. — Bei einer grossen Zahl der einfachen, nicht weiter komplizierten Koprostasen zieht hartnäckige Constipation, selbst wenn gleichzeitig von ihr abhängige oder unabhängige dyspeptische Symptome bestehen, keine schwereren Störungen der allgemeinen Ernährung nach sich. Dagegen sieht man nicht selten, dass solche Individuen erheblich an Körpervolumen zunehmen und der Fettleibigkeit verfallen. Komplikation von Fettleibigkeit und hartnäckiger Constipation sind gar nicht selten, wozu neben anderen Umständen die überreichliche Nahrungsaufnahme solcher Individuen, besonders auch das dabei gar nicht selten rasche und hastige Essen, wobei sehr ungenügend gekaut wird, das ihrige beitragen mögen. Jedenfalls beeinflussen sich die Fettleibigkeit und die chro-

nische Constipation, wo sie nebeneinander bei demselben Individuum vorkommen, gewöhnlich gegenseitig ungünstig. Es ist zweckmässig, beide therapeutisch zu gleicher Zeit in Angriff zu nehmen. Ich richte die Diät solcher Patienten nach meinen Grundsätzen bei der Ernährung Fettleibiger ein.

3. Die die habituelle Stuhlträgheit und die chronische Stuhlverstopfung komplizierenden Herzaffectationen.

Es ist nicht selten, dass bei Verdauungsstörungen die Herzthätigkeit beeinträchtigt wird. Es besteht ein Wechselverhältnis zwischen den Krankheiten der Verdauungsorgane und denen des Herzens. Erkrankungen des Herzens haben sehr oft aus bekannten Gründen krankhafte Symptome seitens des Verdauungstractus zur Folge und umgekehrt. Während aber die vom Herzen abhängigen Verdauungsstörungen in der Regel durch materielle Veränderungen des Herzens bedingt sind, handelt es sich bei den Herzstörungen, die bei Affectationen des Verdauungskanal's auftreten und mit diesen in gewissen kausalen Beziehungen stehen, fast ausnahmslos um sogenannte funktionelle Anomalien der Herzthätigkeit, oder, sagen wir korrekter, um solche Störungen des Herzens, welche nach der Beseitigung der sie bedingenden Verdauungsstörungen wieder vollständig und dauernd rückgängig werden können. Diese Herzstörungen sind wohl zuerst und so gut wie ausschliesslich auf Beeinträchtigung der Magenthätigkeit bezogen worden. Stokes¹⁾ erklärt das Herzklopfen infolge von gastrischen Störungen für die bei weitem gewöhnlichste unter den funktionellen Störungen des Herzens, welche er ziemlich vollständig geschildert hat. In einzelnen neueren Handbüchern²⁾ werden bei manchen Individuen, welche infolge einer Gastritis

¹⁾ W. Stokes. Die Krankheiten des Herzens und der Gefässe, Deutsch von J. Lindwurm. Würzburg 1855. S. 422.

²⁾ C. A. Ewald. Klinik der Verdauungskrankheiten. II. Die Krankheiten des Magens. 3. Aufl. Berlin 1893. S. 211.

glandularis chronica an asthmatischen Beschwerden leiden, als dominierende Symptome: Unregelmässigkeiten der Herzaktion, Palpitationen und arhythmischer, aussetzender Puls angeführt. Man wird sich nun angesichts der Thatsache, dass bei dieser Gastritis glandularis chronica neben den Magenstörungen erhebliche Anomalien der Darmfunktion beschrieben werden, die Frage vorlegen dürfen, ob wirklich allein oder nur vorzugsweise die dabei auftretenden Herzsymptome dem Magenleiden zur Last zu legen sind. Es kommen nämlich daneben anschliessend oft dieselben Symptome vor, welche wir bei der Constipatio chronica und deren Folgen beobachteten. So sagt C. A. Ewald (l. c. S. 209) bei der Schilderung der Symptome der Gastritis glandularis chronica: „Der Stuhl ist meist verstopft, nur selten regelmässig, in einzelnen Fällen zwischen Constipation und Diarrhoe abwechselnd, und wird, wenn, wie häufig, Hämorrhoidalknoten vorhanden sind, mit Beschwerde und Blutabgang entleert. In den Ausleerungen, die zuweilen hell, zuweilen dunkel grünschwarz und übelriechend sind, finden sich unverdaute Speisereste. Die Kranken haben das lebhafteste Gefühl ungenügender Entleerung und leiden unter starker Flatulenz und Kollern im Leibe, welches zuweilen so stark ist, dass es par distance hörbar wird. Häufig kommt es nicht sowohl zu eigentlichen Fäkalentleerungen, als vielmehr zu wässrigen und wässrigschleimigen Abgängen, die infolge der Reizung der Darmschleimhaut durch die harten Scybala entstehen, denn wenn man in solchen Fällen in den Anus eingeht, so findet man harte Massen in demselben, welche die Parese der Darmmuskulatur nicht zur Ausscheidung bringt.“ Die hier geschilderten Störungen der Darmfunktion brauchen nun zum mindesten, wie aus meinen obigen Angaben (S. 55 u. flgd.) hervorgeht, keineswegs stets die Folge derartiger Magenaffektionen zu sein, und demgemäss auch ebensowenig die von Ewald dabei geschilderten Herzsymptome. Ich halte dies deshalb für durchaus nicht notwendig, weil man die erwähnten Herzsymptome, welche sich zu Verdauungsstörungen hinzugesellen, ohne therapeutisch

den Magen zu beeinflussen, ebenso wie die Magensymptome verschwinden sieht, wenn die Darmstörungen, bzw. die chronische Constipation und deren Folgen beseitigt werden. Dagegen bleiben die Magensymptome und die Herzsymptome nicht nur bestehen, sondern verschlimmern sich sogar, wenn man sich um den Darm nicht kümmert. Eine Spontanheilung derartiger Darmstörungen, wie sie von Ewald selbst geschildert werden, dürfte kaum vorkommen. Ich wenigstens kenne aus meiner Erfahrung keine derartigen Fälle. Ewald hat übrigens selbst darauf hingewiesen (l. c. S. 238), dass viele sog. Magenleiden ihren Sitz im Darne haben. Ich gehe therapeutisch — wohl verstanden, wenn sich das Vorhandensein einer chronischen Constipation und deren Folgen erweisen lassen — bei den infolge von Darmstörungen auftretenden Herzsymptomen in der Weise vor, dass ich die Behandlung der Darmstörungen zum Ausgangspunkt meiner Behandlung nehme und mit dem Vorgehen gegen die Magenstörungen mich zuwartend verhalte. Erst wenn ich sehe, dass davon etwas übrig bleibt, bzw. dass die Beseitigung der Constipation den Magen nicht günstig beeinflusst, versuche ich eine entsprechende Therapie der betr. Magensymptome. Ich meine also, ohne irgendwie zu leugnen, dass vom Magen Herzsymptome ausgelöst werden können, dass dies mindestens ebenso häufig vom Darne aus, ohne Beteiligung des Magens geschieht¹⁾. Es fällt mir nun natürlich gar nicht ein, annehmen zu wollen, dass die funktionellen, von grob anatomischen Veränderungen unabhängigen Herzsymptome lediglich infolge von Störungen des Verdauungskanals entstehen. Nicht ohne Interesse dürfte die Ansicht des Nicol. Tulpius²⁾ über die Pathogenese des Herzklopfens sein. Er vertrat die Ansicht, dass das Herzklopfen nicht aus einer Ursache entstehe. Er lässt es in-

¹⁾ cf. Fleiner, Krankheiten der Verdauungsorgane. 1. Hälfte. Stuttgart 1896. S. 378.

²⁾ Nicolaus Tulpius, Cordis palpitatio a liene. Observationes medicae. Lib. II. Amstelodami 1662.

folge einer fehlerhaften Beschaffenheit der Vulva und der Milz zustande kommen. Die „Vapores“ dieser Teile sollen bisweilen das Herz so mächtig beunruhigen. Die Herzpalpitationen, welche die Milz erzeugt, werden von Tulpus auf die „Atra Bilis“ bezogen, deren Vapor die Herzpalpitationen bewirke. So naiv diese Anschauungen des Tulpus uns auch heute anmuten mögen, lehrreich ist immerhin die bereits von ihm vertretene, aus seinen Worten unzweifelhaft sich ergebende Anschauung, dass giftige im Körper selbst erzeugte Stoffe Herzpalpitationen zustandebringen können. Mit dem Herzklopfen, welches bekanntlich auch als Symptom vieler wirklicher Herzkrankheiten auftritt, ist die Zahl der funktionellen Herzstörungen, von denen allen übrigens das gleiche gilt, dass sie nämlich verschiedene Ausgangspunkte haben, nicht erschöpft. August Hoffmann¹⁾ teilt die nervösen oder funktionellen Herzkrankheiten ein in sensorische und motorische Störungen und endlich in solche, bei denen beide, die sensible und die motorische Sphäre krankhafte Veränderungen zeigen. Zu den sensorischen Erscheinungen, welche wenigstens vorzugsweise die Gefühlssphäre betreffen, gehören alle Grade von lästigen Empfindungen, von dem leichten Unbehagen in der Herzgegend bis zu dem überwältigenden Schmerz der Angina pectoris. Bei den motorischen Störungen, wie sie im Gefolge solcher funktioneller Herzerkrankungen auftreten, handelt es sich teils um mehr oder weniger erhebliche Brady- oder Tachycardie²⁾, die mit oder ohne gleich-

¹⁾ Aug. Hoffmann, Ueber funktionelle Herzkrankheiten. Wiener Wochenschr. 1899 Nr. 12 und 13. Sonderabdruck.

²⁾ Bei dieser Gelegenheit mag auch des Nebeneinandervorkommens der Koprostase und der Basedowschen Krankheit gedacht und gleichzeitig hervorgehoben werden, dass ich in einer Reihe von Fällen mit der Beseitigung der ersteren die letztere nicht nur sich erheblich bessern, sondern auch dauernd heilen gesehen habe. Ich möchte aber nicht missverstanden werden. Ich behaupte keineswegs damit, dass man die Basedowsche Krankheit unter allen Umständen durch Abführmittel kurieren könne. Diese ist zweifelsohne auch nur ein Symptomenkomplex, welcher höchstwahrscheinlich verschiedene Ausgangspunkte haben kann. Angesichts des

zeitige Arrhythmie einhergehen können. Es kann nun wohl keinem Zweifel unterliegen, dass auch die chronische Constipation zu denjenigen Affektionen gehört, bei welchen derartige funktionelle Störungen der Herzthätigkeit auftreten können. Man wird in erster Reihe an derartige funktionelle Erkrankungen des Herzens denken müssen, wenn zunächst eins oder mehrere der ätiologischen Momente vorhanden sind, bei welchen erfahrungsgemäss diese funktionellen Herzkrankheiten sich zu entwickeln pflegen, welche besonders auch in der Privatpraxis eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben, weil sie recht häufig zur Beobachtung kommen. Es kann hier, weil es ausserhalb unserer heutigen Aufgabe liegt, nicht auf alle diese mannigfachen ätiologischen Momente der nervösen Herzkrankheiten eingegangen werden. Jedenfalls muss aber nachdrücklich hervorgehoben werden, dass in allen solchen Fällen auch der Darmfunktion und der Untersuchung des Darms eine grosse Aufmerksamkeit zuzuwenden ist und dass man sich nicht mit dem Nachweise von Störungen der Magenverdauung genügen lassen und die Darmsymptome lediglich als sekundär oder gar als nebensächlich ansehen darf. Natürlich ist das Fehlen von Symptomen, die für organische Veränderungen des Herzens sprechen, bis zu einem gewissen Grade, besonders bei jüngeren Individuen, der Annahme rein nervöser Herzaffektionen günstig. Es muss aber betont werden, dass auch

Tierexperiments, welchem ich keineswegs eine absolute Beweiskraft betreffs der Pathogenese in dieser Beziehung zuschreibe, dürfen doch folgende Ueberzeugungen Platz greifen. Wenn es richtig ist, dass die Schilddrüse normalerweise auf die Unschädlichmachung der Darmgifte von Einfluss ist, dann ist auch durchaus einleuchtend, dass die Beseitigung der Koprostase, bezw. der unter ihrem Einfluss sich bildenden Gifte — zumal, wenn deren Neubildung durch eine angemessene Ernährung (vegetarische Kost, v. Ziemssen, Rumpff) eingeschränkt, bezw. gänzlich aufgehoben wird —, die Besserung, bezw. die Heilung der Basedowschen Krankheit wesentlich fördern kann. (cf. F. Blum. Neue, experimentell gefundene Wege zur Erkenntnis und Behandlung von Krankheiten, die durch Autointoxikationen bedingt sind. (S.-A. a. Virchows Archiv, Bd. 162—1900, S. 375 und flgde.)

bei ausgesprochenen Herzfehlern infolge der betr. ätiologischen Momente, insbesondere auch im Gefolge von chronischer Constipation, solche nervöse Herzsymptome auftreten und nach Beseitigung der Darmstörungen rückgängig werden können. Ueber das ätiologische Moment dieser nervösen oder funktionellen Herzkrankheiten ist viel gestritten worden. Jedenfalls dürften, wie bereits bemerkt wurde, in dieser Beziehung mehrere Ausgangspunkte vorhanden sein. Es muss dabei von vornherein betont werden, dass für den Fall, dass diese Herzstörungen mit den verschiedenen hier in Betracht kommenden lokalen und allgemeinen Krankheiten in kausalem Zusammenhange stehen, der eine oder der andere, oder auch mehrere der möglichen Ausgangspunkte bei der Pathogenese dieser Herzstörungen eine Rolle spielen können. Diese Ausgangspunkte können liegen erstens in mechanischen Einflüssen, welche das Herz dislocieren und dadurch seine Funktion verändern und stören. Bei den uns hier interessierenden Störungen des Magens und insbesondere des Darmkanals ist dieser Einfluss wegen des mit ihnen so oft verbundenen Meteorismus intestinalis gewiss nicht zu unterschätzen. Infolge dieses Meteorismus wird der Bauchraum durch Hinaufdrängen des Zwerchfells vergrössert und der Brustraum entsprechend verkleinert und das Herz verlagert. Dadurch kann es kommen, dass es, wofern mit diesem Hinaufdrängen des Diaphragma nicht gerechnet wird, besonders bei der Bestimmung der sogen. relativen Herzdämpfung oder der von mir geübten Herzresistenz¹⁾ den Anschein bekommt, als wenn das Herz wirklich eine Vergrösserung seines Volumens erfahren hätte²⁾. Es kann aber auch zweitens eine wirkliche Vergrösse-

1) W. Ebstein, Die Tastpercussion. Stuttgart 1901. S. 32.

2) cf. August Hoffmann. Akute Herzdilatation und Cor mobile. Deutsche med. Wochenschrift 1900 Nr. 19. Sonderabdruck. (Hier findet man auch eine Reihe von Litteraturangaben.) Cf. ausserdem Germain Sée, du diagnostic et du traitement des maladies du coeur etc. Paris 1879, pag. 165. Hier heisst es: In erster Reihe unter den Palpitations réflexes du coeur stehen die von Affektionen der Verdauungsorgane ab-

rung des Herzvolumens bestehen, welche, aus irgend einem Grunde entstanden, solche funktionelle Herzstörungen bewirken kann. Ferner wird man aber drittens auch mit der Möglichkeit rechnen müssen, dass toxische Einflüsse gerade bei den mit Affektionen des Magens und besonders auch des Darms vergesellschafteten und infolgedavon auftretenden Herzstörungen die letzteren veranlassen können. Dass Gifte Störungen der Herzthätigkeit bewirken können, lehren die durch Thee, Kaffee, Tabak gelegentlich herbeigeführten genügend bekannten krankhaften Herzsymptome. Die eben citierten „Vapores“ des Tulpius sind bereits Andeutungen von den in unserer Zeit so viel diskutierten Darmgiften, auf die wir später (Abschnitt IV.) wieder zurückkommen müssen. Als weiterer vierter Ausgangspunkt kommen sodann die von dem kranken Darne vermittelten Reflexwirkungen in Betracht. Huchard¹⁾

hängigen, nämlich a) die Palpitationen infolge von Tympanites im Magen oder im Colon. Sie entstehen einfach rein mechanisch durch Hinaufdrängen des Zwerchfells, ferner b) durch Eingeweidewürmer, besonders durch Tänien und endlich c) durch Hämorrhoiden. Die letzteren können Herzpalpitationen veranlassen theils infolge der durch starke hämorrhoidale Blutungen bedingten Anämien, theils durch die Kot- und Gasanhäufungen im Darm, welche infolge der Behinderung der Darmentleerung durch die Hämorrhoidalknoten veranlasst werden. Bereits Scerlecki (l. c. S. 80) hat übrigens hervorgehoben, dass das Colon transversum, besonders wenn es der Sitz einer partiellen erheblichen Auftreibung des Bauches ist, auch auf entfernte Organe wirkt. Der Kranke empfindet Schmerzen in der Brust, die ebenso wie die Schmerzen im Unterleibe ihre Stelle wechseln; er empfindet unaussprechliche Angst, asthmatische Anfälle, Herzklopfen, bekommt zuweilen auch Singultus, leichte Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, selbst allgemeine Krämpfe, Anfälle von Ohnmacht, Schwindel u. s. w.

¹⁾ cf. Huchard. Des maladies du coeur et des vaisseaux. Paris 1893, pag. 769. Auf dem Wege des Reflexes kann man sich die motorischen Störungen bei den funktionellen Herzkrankheiten sehr wohl zustandekommend denken, während man die dabei auftretenden sensiblen Störungen als Mitempfindungen auffassen muss. Für die Erklärung der letzteren hat man nur nötig, entweder eine Verminderung der Leitungswiderstände in einzelnen Bahnen, oder eine Zunahme der Reizstärke oder endlich beides anzunehmen.

hat mit grosser Sorgfalt gewisse Formen der Angina pectoris beschrieben, welche er als „Pseudo-Angines réflexes“ bezeichnet. Huchard führt auch solche an, die infolge eines Reflexes vom Darne aus entstehen und betont, dass sie gerade bei den leichteren Darmaffektionen auftreten. Es wird aber endlich — und das ist der fünfte in Betracht zu ziehende Punkt — damit gerechnet werden müssen, dass in einzelnen Fällen mehrere der eben angeführten Momente bei der Entwicklung und Unterhaltung solcher Herzstörungen zusammenwirken können.

4. Die infolge der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung sich entwickelnden Störungen seitens des Nervensystems.

In die erste Reihe pflegt man hier, alten Traditionen folgend, die Hypochondrie zu stellen und allgemein scheint man daran festzuhalten, dass sie, mit Unterleibsaffektionen, insbesondere mit der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung auf das innigste verschwistert, mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit sich bei sehr vielen Fällen von chronischer Constipation aus derselben entwickelt. Steph. Blancard (l. c.) definiert den „Affectus hypochondriacus“ folgendermassen: „Vulgo est morbus hic in Viris, qui in Feminis hysterica passio audit. Est autem melancholia aliquousque progressa, cum viscerum abdominalium aliquali obstructione a sanguine crassiori, verum qui diversis simul laborat acrimoniis, unde dolor, tensio hypochondriorum, et convulsiones in variis partibus etc. ex *υπό* sub, *χόνδρος* cartilago.“ Die Melancholie wird demnach als eine Steigerung der Hypochondrie angesehen. Ich habe diese Definition hierhergesetzt, weil sie sehr bezeichnend für die Vorstellungen über die Art und die Natur dieser Krankheit bei den alten Aerzten ist. Es findet aber in dem synonymen Namen: „Milzsucht“ die

Vorstellung über den Sitz der Krankheit einen vielleicht noch treffenderen Ausdruck. Moriz Heyne sagt in seinem deutschen Wörterbuch bei dem Artikel: „Milzsucht“: Krankheit der Milz, Hypochondrie und die daraus entstehende trübe Stimmung¹⁾. Ueber die früheren Vorstellungen, denen die Beziehungen der Milz zur Hypochondrie entstammen, werde ich mich später äussern. Hier soll zunächst nur von den Symptomen die Rede sein, welche durch die Komplikation mit dem Affectus hypochondriacus zu dem Krankheitsbilde der chronischen Stuhlverstopfung hinzukommen. Dabei will ich von vornherein bemerken, dass keineswegs alle Hypochonder an habitueller Stuhlträgheit oder an chronischer Stuhlverstopfung zu leiden brauchen und dass auch nicht alle an diesen Störungen der Darmfunktion leidenden Männer Hypochonder werden. In der Definition von Blancard wird, wie auch jetzt noch wenigstens in der Regel, die Hypochondrie für eine dem männlichen Geschlecht eigentümliche Krankheit erklärt. Dies ist meines Erachtens insofern nicht richtig, als ich wenigstens auch bei manchen Frauen, welche an habitueller Stuhlträgheit oder an chronischer Stuhlverstopfung leiden, ganz denselben hypochondrischen Regungen begegnet bin, wie wir sie bei vielen an den gleichen Darmstörungen leidenden Männern finden. Indem aber Blancard die Hypochondrie der Männer als gleichwertig mit der Hysterie der Weiber bezeichnet hat, kommt er mit sich selbst in Widerspruch, was sich zweifellos ergibt, wenn man sich nämlich die in seinem Lexikon gegebene Definition von dem Begriff: „Hysterie“ ansieht. Der Symptomenkomplex der Hysterie ist, abgesehen von allen anderen Eigentümlichkeiten ein weit komplizierterer. Jedenfalls muss ich nach meinen Beobachtungen bei Menschen, die an chronischer Stuhlverstopfung litten, soviel aussagen, dass ich ebenso wie ich unter chronisch constipierten

¹⁾ Ueber andere Formen der Milzsucht siehe bei M. Höfler, Deutsches Krankheitsnamenbuch. München 1899. S. 712.

Frauen ebenso wie bei derartig erkrankten Männern Hypochondrie beobachtet habe, so auch gelegentlich bei Männern mit chronischer Constipation so ausgesprochene hysterische Symptome, wie sie typischer bei der weiblichen Hysterie nicht vorkommen, z. B. charakteristischen Globus hystericus, Clavus hystericus u. s. w. zur Genüge zu sehen Gelegenheit hatte. Niemals freilich sind mir hysterische Convulsionen beim männlichen Geschlecht begegnet. Zu den infolge der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden, gewöhnlich der Hypochondrie zugezählten Krankheitssymptomen nervöser Natur werden, abgesehen von der im Vordergrunde stehenden und in allererster Reihe in Betracht zu ziehenden psychischen Depression, eine ganze Reihe anderer nervöser Störungen gezählt, welche theils im Bauche, wie z. B. Druck, Gefühl der Fülle im Unterleibe, theils im Brustkasten — Beengungsgefühl, Behinderung beim Atmen, Herzklopfen, theils im Kopfe — Kopfschmerzen, Schwindel, Blutandrang nach dem Kopfe, theils in den Knochen und Muskeln, wie z. B. abnorme Temperaturempfindung in den Armen und Beinen, Kreuz- und Rückenschmerzen, Schmerzen im Gebiet des Nerv. ischiadicus oder in anderen Muskelgebieten ihren Sitz haben. Auch in den Geschlechtsteilen wird über mehr oder weniger heftige, gewöhnlich ziehende Schmerzen geklagt. Welches auch immer in den einzelnen Fällen die am meisten hervorstechenden nervösen Störungen sein mögen, in allen solchen Fällen muss, um dieselben in kausale Beziehungen mit der chronischen Constipation bringen zu dürfen, nachgewiesen werden, dass die letztere das primäre gewesen ist und dass alle nervösen Symptome mit dem Besserwerden der Stuhlverstopfung sich gleichfalls bessern, bzw. dass sie mit der Heilung der Constipation auch zur Heilung kommen. In manchen Fällen ist es nun zwar leicht zu eruieren, dass von dem Zeitpunkte an, wo die Constipation eine gewisse Höhe erreicht hat, auch die nervösen Symptome einsetzen und sich mit der fortschreitenden Verschlechterung der Constipation auch steigern. In anderen Fällen ist dies indessen schwer und gar

nicht selten ohne genauestes Eingehen auf den konkreten Fall schlechterdings unmöglich, eine solche Abhängigkeit der hypochondrischen Verstimmung und der damit vergesellschafteten anderen nervösen Symptome festzustellen. Es geht hier ebenso wie bei vielen Fällen von Magenstörungen, welche im Gefolge der chronischen Constipation auftreten, und bei welchen (cf. o. S. 53) der Kranke und mit ihm sein Arzt nicht selten glauben, dass das Magenleiden das primäre sei, und wobei sehr zum Schaden des Patienten auf das, was den Ausgangspunkt des ganzen Zustandes bildet, nämlich auf die chronische Stuhlverstopfung kaum oder gar keine Rücksicht genommen wird. Gar viele, welche als „unleidliche Hypochonder“ in der Welt herumlaufen, sind chronisch constipierte und infolgedessen nervöse Menschen. Sie werden sofort ihrer nervösen Gepflogenheiten entkleidet, sowie die Funktion ihres Darmes geregelt wird. Freilich darf man sich, um diese Verhältnisse klar zu legen, nicht mit den Anhaltspunkten genügen lassen, welche durch die landläufige Aufnahme der Anamnese zu Tage gefördert werden, sondern man muss den Bauch der betreffenden Individuen genau untersuchen. Ich habe in dieser Beziehung schon vorher (S. 31 u. flgde.) einige Anhaltspunkte gegeben, werde aber Gelegenheit nehmen, bei der Besprechung der Diagnose und der Behandlung auf diesen Punkt nochmals zurückzukommen. Bei den chronischen Koprostasen haben die Leib-, die Kreuz-, die Rücken- und die ischiadischen Schmerzen ein materielles Substrat, welches erfahrungsgemäss durch die Evakuierung des mit Kot vollgestopften Darmes entfernt werden kann, wonach die Schmerzen aufhören, während sich dagegen alle anderen Mittel als völlig nutzlos erweisen. Hat man aber durch die Untersuchung positive Anhaltspunkte dafür gewonnen, dass wirklich bei den betreffenden Individuen eine Kotstauung vorhanden ist, so ist es wenigstens in manchen Fällen nicht allzuschwer, durch das Krankenexamen, insbesondere durch das Eingehen auf die frühere Geschichte des Kranken, die Sachlage in befriedigender Weise klarzustellen. Man wird

dabei indes oft genug die Erfahrung zu machen Gelegenheit haben, wie häufig doch die Menschen über ihre körperlichen Zustände durchaus nicht unterrichtet sind. Es gilt dies keineswegs nur von Menschen niedrigen Bildungsgrades, sondern insbesondere auch von hochgebildeten und gelehrten Menschen. Sie sind oft genug nicht instande, über ihre Darmthätigkeit, besonders in etwas zurückliegender Zeit sofort bündige Angaben zu machen. Meist kommen ihnen diese Dinge wieder ins Gedächtnis. Besonders erleichtert wird dies, wenn durch besondere Vorkommnisse, wie durch das Auftreten von Blut oder Schleim in den Stuhlgängen die Aufmerksamkeit der betreffenden Individuen darauf hingelenkt worden ist. Mit einer gewissen Sorgfalt bei der Feststellung der Chronologie der Erscheinungen gelingt es nichtsdestoweniger in der Regel festzustellen, ob in dem konkreten Falle die Darmstörungen das primäre oder sekundäre Moment sind. Letztere beobachten wir recht häufig auch bei der eigentlichen Hypochondrie. E. Mendel¹⁾ definiert dieselbe als eine funktionelle Hirnerkrankung, deren wesentliche Symptome Furcht und Angst in Bezug auf den Zustand des eigenen Körpers sind. Dass diese funktionelle Hirnerkrankung verschiedene Ausgangspunkte haben kann, erscheint nicht zweifelhaft. Ich würde es also für einen verhängnisvollen Irrtum halten, wenn man annehmen wollte, dass die Hypochondrie in ätiologischer Beziehung allein auf die chronische Stuhlverstopfung zurückzuführen sei, bezw. wenn man jeden hartnäckig Constipierten für einen Hypochonder halten wollte. Ich stehe in diesen Beziehungen im allgemeinen auf dem Standpunkte Griesingers²⁾, welcher sich dahin ausspricht, dass Darm-

¹⁾ Mendel, Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. Deutsche medic. Wochenschr. 1889, No. 11.

²⁾ W. Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 2. Auflage. Stuttgart 1861, S 201. Es liegt natürlich nicht in dem Rahmen dieser Arbeit in die verwickelte Lehre von der Aetiologie der Hypochondrie weiter einzutreten.

störungen, besonders Darmkatarrhe in einzelnen Fällen sogar zum Ausgangspunkt der Gehirnerkrankung werden können; dass aber einerseits die Darmstörungen, welche als die Folgen der schon vorhandenen Hypochondrie auftreten, von den wirklich kausalen Koprostasen scharf getrennt werden müssen und dass ausserdem auf eine präzise anatomische Auffassung und Diagnostik jener chronischen Krankheiten des Darmes zu dringen sei. In welcher Weise aber die hier in Betracht kommenden Darmaffektionen in anatomischer und klinischer Beziehung genau zu erkennen sind, ist bereits oben besprochen worden und die dort gemachten Mitteilungen werden, wie bereits bemerkt wurde, im weiteren Verlauf der Darstellung ergänzt werden. Wir werden mit Hilfe dieser Anhaltspunkte wenigstens in einer sehr grossen Reihe von Fällen mit ziemlicher Sicherheit entscheiden können, ob die nervösen Störungen Folge oder Ursache der intestinalen Störungen sind. Es steht fest, dass Verdauungsstörungen, besonders oft Stuhlträgheit und Constipation Symptome von Neurasthenie sein können. Häufiger indes sind sie Ursache der Neurasthenie. Freilich kann auch beides bei demselben Kranken der Fall sein. Dann werden aber gewisse nervöse Störungen, nämlich die Symptome geistiger Depression den intestinalen Symptomen vorausgehen, indes werden die ersteren mit dem Eintritt, bezw. mit der Zunahme der letzteren verschärft werden. Was nun bei dieser Sachlage unter allen Umständen noththut, um weitere Verwirrungen betreffs des Begriffes Hypochondrie zu vermeiden, ist eine Aenderung der Terminologie. Man darf natürlich die lediglich infolge der chronischen Stuhlverstopfung sich entwickelnden nervösen Störungen auch die dabei auftretenden psychischen Depressionen nicht schlechtweg als „Hypochondrie“ benennen. Vielleicht empfiehlt es sich, diese Zustände als „Darm- oder intestinale Hypochondrie, bezw. Neurasthenie“ zu benennen. Man würde damit nicht nur den Ausgangspunkt der nervösen Störungen, sondern auch den Angriffspunkt angeben, von welchem aus

die Therapie ihnen zu begegnen hat¹⁾). Diese intestinale Hypochondrie äussert sich in sehr mannigfacher Weise. Von einem nicht zu unterschätzenden Einfluss ist in dieser Beziehung die gesamte Individualität des betreffenden Patienten. Ich habe, um hiefür nur einige Beispiele anzuführen, mehrfach beobachtet, dass von solchen Patienten, in deren Familie Schwindsucht vorgekommen war, ihre durch eine hochgradige Koprostase bedingten Beschwerden auf Schwindsucht bezogen werden; eine Annahme, welcher, wofern irgend eine dafür möglicherweise sprechende Veränderung der Lungen daneben nachgewiesen werden kann, nicht jede Berechtigung von vornherein sich absprechen lässt. Die daraus sich ergebenden Besorgnisse wird man aber fallen lassen, wenn nach verhältnismässig kurzer Zeit und ebenmässig mit den Fortschritten der Darmevakuuation nicht nur alle subjektiven Beschwerden verschwinden, sondern wenn besonders die betreffenden Individuen wieder vollkommen leistungsfähige Menschen werden. Ich habe ferner derartige Darmkranke

¹⁾ Am besten wäre es, wenn man, nachdem die alten Vorstellungen über das Zustandekommen der Hypochondrie glücklich beseitigt sind, den Namen auch los werden könnte, wozu mir aber wenig Aussicht zu sein scheint. Angesichts dieser Sachlage scheint der eben angegebene Ausweg nicht nur der bequemste, sondern auch der passendste. Insbesondere dürfte er der Bezeichnung: „Hypochondria cum materia“ vorzuziehen sein. Hier wäre nämlich nicht nur hinzuzufügen, um was für eine „Materie“ es sich handelt, sondern es ist auch bei der Hypochondria cum materia das ausserordentliche Krankheitsgefühl und die übertriebene Aengstlichkeit in gar keinem Verhältnis zu der Geringfügigkeit der vorhandenen somatischen Grundlage. Bei der Bezeichnung: „intestinale Hypochondrie“ kann über die „Materie“ kein Zweifel bestehen, welche überdies als das Dominierende vorausgestellt ist. Die somatische Grundlage ist dabei das bestimmende. Auch die Bezeichnung „intestinale Neurasthenie“ scheint mir durchaus durchsichtig und für viele Symptome zutreffend. Die später zu besprechenden ätiologischen Momente, welche bei der Pathogenese der nervösen, infolge der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Symptome wirksam werden, lassen nämlich die Bezeichnung „intestinale Neurasthenie“ für viele hier in Betracht kommende Zustände als wohl gerechtfertigt erscheinen.

gesehen, bei denen nicht einmal der Verdacht auf Schwindsucht sich in irgend welcher Weise stützen liess. Es sei hier noch derjenigen Fälle gedacht, wo Patienten, welche an einer intestinalen Hypochondrie litten, mit Rücksicht auf eine früher überstandene syphilitische Ansteckung alle ihre Beschwerden auf diese syphilitische Infektion zurückführten und die deshalb schon vielfach eingreifende antisymphilitische Kuren durchgemacht hatten. Das Aufhören aller Krankheitssymptome nach einer gründlichen Evakuation des Darmes pflegt die betreffenden Patienten auch von ihrer Hypochondrie zu heilen. Ob auch eine intestinale Hysterie zuzulassen ist, d. h. ob infolge chronischer Constipation sich Hysterie entwickelt, muss ich auf Grund meiner Erfahrungen jedenfalls bejahen. Ich füge hinzu, dass ich bei chronisch Constipierten, und zwar, wie bereits vorhin bemerkt wurde, nicht nur beim weiblichen, sondern auch beim männlichen Geschlecht typische hysterische Symptome beobachtet habe. Freilich sind sie beim männlichen Geschlecht immerhin zu den Seltenheiten zu rechnen. Es sei hier nur beiläufig erwähnt, dass nicht nur intestinale, sondern auch andere Organstörungen mit sehr bemerkenswerten hypochondrischen und neurasthenischen Zuständen kombiniert sein können, so z. B. in hervorragender Weise die Varicocele¹⁾. Es mögen nun die bei den chronisch Constipierten häufiger vorkommenden nervösen Beschwerden, die neben den bereits aufgezählten in Betracht kommen, kurz erörtert werden. Die meisten der betreffenden Kranken weiblichen Geschlechts befinden sich in einem Zustande reizbarer Schwäche. In der Gesellschaft fremder Menschen geben sie sich lebhaft, je nach ihrer Begabung mehr oder weniger geistig angeregt, liebenswürdig, witzig, kommen sie in ihr Kämmerlein, dann klappen sie zusammen und sind zu Thränen sehr geneigt, sie werden nicht selten durch ihre wechselnde Stimmung

¹⁾ cf. Wiederhold, Nervenschwäche, ihr Wesen und ihre Behandlung. Wiesbaden 1895, S. 7 und W. H. Bennett, Hypochondriasis and Varicocele. Brit. med. Journ. 1901, March. 2 pag. 501.

und ihre Launenhaftigkeit für ihre Angehörigen sehr un-
bequem, aber auch für sich selbst. Sie sind grübelnde Naturen
und kleben an Kleinigkeiten. Das Grübeln sowie die Schmerzen
im Leibe und an anderen Körperstellen beeinträchtigen in
erster Reihe den Schlaf (VIII und IX). Von den Schmerzen
sind, abgesehen von den bereits angegebenen, besonders zu
notieren teils migräneartige diffuse Kopfschmerzen,
teils ausgesprochene typische Migräneanfälle, nicht
selten ist Flimmerskotom, welches ich auch öfter bei Männern
mit chronischer Constipation gesehen habe. Vorzugsweise bei
Frauen kommen recht häufig nervöse Sehstörungen,
besonders asthenopischer Natur vor, welche die Kranken
sehr quälen und ihnen jede anhaltende Lektüre unmöglich
machen. Die nervösen Herzbeschwerden sind bei hartnäckig
constipierten weiblichen Kranken in den oben (S. 66 u. flgd.)
angegebenen Formen besonders häufig. Schmerzen in den
verschiedensten Nervenbahnen werden gleichfalls bei
Frauen besonders oft beobachtet. Man findet unter Um-
ständen, aber auch ohne dass lebhaftere Schmerzen geklagt wer-
den, ausgesprochene Druckempfindlichkeit, besonders an
den bekannten Druckpunkten verschiedener Nerven, so z. B. im
Gebiet des Quintus, vornehmlich an der Austrittsstelle des
Nervus supraorbitalis, ferner am Oberarm an den Stellen, wo
der Radialis und Medianus der Palpation gut zugänglich sind,
am Ulnaris, im Gebiet des Ischiadicus und seiner Aeste, aber
auch gar nicht selten im Gebiete des Nervus cruralis. Auch
Gelenkneuralgien, vornehmlich im Knie- und Hüftgelenk,
habe ich wiederholt bei weiblichen und männlichen an chro-
nischer Koprostase leidenden Kranken beobachtet, die mit der
Heilung dieser Constipation verschwanden (X). Coccygo-
dynie wird gleichfalls, besonders bei der chronischen Consti-
pation des weiblichen Geschlechts oft genug beobachtet. Ich
habe dieselbe unter solchen Umständen gleichfalls schnell
heilen sehen. Der Patellarreflex ist oft mehr oder weniger
erhöht, in erster Reihe, wie mir scheint, bei solchen weib-
lichen Individuen, bei welchen die Symptome reizbarer

Schwäche besonders deutlich hervortreten. Sobald die reizbare Schwäche sich bessert, pflegt auch die Steigerung der Sehnenreflexe rückgängig zu werden. Man hat darin einen im allgemeinen guten prognostischen Anhaltspunkt. Dass man bei den starken Kreuzschmerzen der constipierten Frauen an eine gleichzeitig vorhandene Retroflexio uteri, deren hauptsächlichstes und wichtigstes Symptom sie sind, denken wird, soll hier nicht übergangen werden. Gelegentlich habe ich bei chronisch Constipierten als Teilerscheinung hochgradig neurasthenischer Symptome stotternde Sprache auch bei Männern beobachtet, deren Zusammengehörigkeit mit und deren Abhängigkeit von der Darmstörung sich dadurch deutlich kundgab, dass sie früher nicht vorhanden gewesen war und dann mit der Beseitigung der Koprostase aufhörte. Bei dieser Gelegenheit mag bemerkt werden, dass ich fast ausnahmslos in den von mir beobachteten Fällen von Ohrenschwindel eine Komplikation mit chronisch-spastischer Stuhlverstopfung beobachtet habe, und dass die dagegen eingeleitete Behandlung, besonders grosse Oelklysmen, Vermeiden innerlich genommener, vornehmlich salinischer Abführmittel auch den Schwindel in sehr günstiger Weise beeinflusst hat¹⁾. Bei Kindern beiderlei Geschlechts, die mit Krampfanfällen (epileptiformen und wirklich epileptischen) behaftet waren, und welche gleichzeitig an hartnäckiger Constipation litten, habe ich mehrfach mit der Beseitigung derselben nicht nur eine auffällige Besserung, sondern eine dauernde Beseitigung der Krampfanfälle eintreten sehen (XI). Die Anfälle wurden weit seltener, die betreffenden Kinder erholten sich. Zuverlässige und dauernde Heilungen der Epilepsie Erwachsener sind mir nicht bekannt geworden; zweifellos aber hat die Behandlung der Koprostase in allen solchen Fällen einen augenscheinlich guten Einfluss ausgeübt. Damit soll über die kausalen Beziehungen der chronischen Constipation zur Epilepsie, welche offenbar doch nur ein Symptom verschiedener Krank-

¹⁾ Wilhelm Ebstein, Einige Bemerkungen zur Lehre vom Ohrenschwindel. Deutsches Archiv f. klin. Medicin Bd. 58 — 1897 — S. 25.

heitszustände ist, nichts gesagt sein. Jedenfalls gebührt der Regelung der Darmthätigkeit bei der Epilepsie vollste Beachtung. Ein gleiches gilt von einigen Fällen von Bronchialasthma bei Kindern, (XII) aber auch bei Erwachsenen, die gleichzeitig an hartnäckiger Stuhlverstopfung litten¹⁾. Ich kann auch hier nicht von dauernden, sicher konstatierten Heilungen sprechen, wohl aber von erheblichen Besserungen, was die Intensität und die Häufigkeit der einzelnen Anfälle anlangt. Es fällt mir natürlich nicht ein, diese Thatsachen zu verallgemeinern. Auf Grund meiner Beobachtungen soll hier nur darauf hingewiesen werden, dass in den Fällen, wo die erwähnten nervösen Affektionen mit Koprostasen vergesellschaftet sind, die Beseitigung der letzteren die ersteren günstig beeinflusste. Vasomotorische Störungen im Gebiete der Hautnerven habe ich besonders beim weiblichen Geschlecht in Form von Urticaria chronica mehrmals beobachtet. Eine Beseitigung der Koprostase hat auch die Urticaria in der Regel wesentlich gebessert. Die bei einer Reihe hartnäckig verstopfter Individuen häufig auftretenden Erektionen und Pollutionen, die übrigens in allen von mir beobachteten Fällen nach der Beseitigung der Constipation verschwanden, und zwar gleichzeitig mit den daneben vorhandenen nervösen, zum Teil geradezu hysterischen Symptomen — welche in keinem Falle vermisst wurden —, waren in ihren ätiologischen Beziehungen nicht immer leicht zu deuten. Einen Anteil an der Pathogenese hatten in den meisten Fällen sehr starke Kotansammlungen im untersten Dickdarmabschnitt oder auch entzündliche Mastdarmreizungen. Geschlechtliche Exzesse, besonders Onanie, wurden von meinen Patienten stets in Abrede gestellt.

¹⁾ Es ist vielleicht nicht unnütz, zu bemerken, dass es sich bei den Fällen, welche ich im Auge habe, nicht um asthmatische Beschwerden infolge von Lungenemphysem handelt, welches unter Konkurrenz von chronischer Constipation zustande gekommen ist (cf. Lenhartz in Ebstein und Schwalbe, Handbuch der praktischen Medicin I (Stuttgart 1898) S. 411.

5. Die infolge der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Ernährungsstörungen.

Es giebt eine sehr grosse Reihe von Fällen habitueller Stuhlträgheit und chronischer Stuhlverstopfung, bei welchen keinerlei Störung der Körperernährung der betreffenden Individuen auftritt. Wir finden sogar nicht selten, dass sie dabei einen ansehnlichen Panniculus adiposus bekommen (cf. S. 62). Gelegentlich aber beobachten wir bei solchen Störungen der Darmthätigkeit eine mehr oder weniger schwere Beeinträchtigung der Körperernährung (XIII). In den Fällen, wo eine solche eintritt, müssen also besondere Verhältnisse vorliegen, durch welche dem Zustandekommen solcher Ernährungsstörungen Vorschub geleistet wird. In dieser Beziehung ist bereits oben (S. 60) von den mit gastrischen Störungen und besonders mit absoluter Anorexie vergesellschafteten chronischen Stuhlverstopfungen die Rede gewesen, bei denen sich eine manchmal beängstigende Abmagerung der betr. Kranken einzustellen pflegt. In solchen Fällen wurden mehrfach, ohne dass Fieber bestand oder Tuberkulose nachweisbar war, Nachtschweisse beobachtet. Es wurde dort bereits erwähnt, dass diese Ernährungsstörungen mit der Wiederkehr des Appetits auch wieder verschwinden, dass dies aber nicht früher eintritt, bevor die chronische Koprostase nicht durch die entsprechenden Massnahmen gründlich beseitigt worden ist. Als eine weitere Ursache von solchen mehr oder weniger schweren Ernährungsstörungen, welche sich sogar bis zur Inanition steigern können, ist bei den an chronischer Koprostase leidenden Individuen die Schlaflosigkeit namhaft zu machen. Dieselbe entsteht bei solchen Kranken, wie bereits (S. 29 und 78) ausgeführt wurde, aus verschiedenen, sich übrigens recht oft kombinierenden Momenten und kann die betreffenden Kranken sehr herunterbringen. Weiter sei hier auch der Anämien und Chlorosen gedacht, welche infolge von hartnäckiger Constipation sich entwickeln, und welche naturgemäss von mehr oder weniger erheblichen Störungen der allgemeinen Ernährung begleitet

sind. Was die Kombination von Chlorose und Anämie einerseits mit der chronischen Stuhlverstopfung andererseits anlangt, so kann ich mich der von Moritz Schmidt¹⁾ in dieser Beziehung geäußerten Ansicht vollkommen anschliessen. Derselbe giebt an, dass den Anämien und Chlorosen zu wenig Beachtung geschenkt werde, welche mit einer Anhäufung von Kotmassen in dem Dickdarm verbunden und wahrscheinlich durch sie veranlasst sind. „Man fühlt bei ihr,“ fährt M. Schmidt fort, „den ganzen Dickdarm oder Teile desselben mit grösseren, harten Massen von Kot gefüllt. Solche Fälle mit Eisen heilen zu wollen,“ sagt Schmidt sehr richtig, „geht schwer oder gar nicht. Es ist hier zweckmässiger, die Darmthätigkeit anzuregen“, und Schmidt betont ausdrücklich, wie auffällig rasch nach der Regelung des Stuhls die Anämie sich ohne weitere Mittel bessert. Nach meinen Erfahrungen sind solche Fälle bei jungen Mädchen recht häufig, und die Beachtung der angegebenen Thatsachen ist demgemäss von einer ausserordentlich praktischen Wichtigkeit. Immermann²⁾ hat die Pathogenese der atonischen Verdauungsschwäche bei der Anämie und Chlorose sich so vorgestellt, dass die Blutarmut die Dyspepsie und diese wieder die atonische Verdauungsschwäche veranlasse. Ich glaube nicht, dass die Verhältnisse immer so einfach liegen. Bemerkzt zu werden verdient, dass es sich keineswegs immer allein um atonische, sondern oft genug auch um spastische Stuhlverstopfung handelt. Endlich soll hier des Nebeneinandervorkommens von *Oxyuris vermicularis* und chronischer Koprostase und der unter solchen Fällen auftretenden, bisweilen recht erheblichen Ernährungsstörungen gedacht werden (XIV). Dieselben schwinden erst nach vollständiger Evakuation der den Darm anfüllenden Kotknollen, welche von diesen Parasiten wimmeln. Die vielen

¹⁾ Moritz Schmidt, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1894. S. 63.

²⁾ Immermann, Allgemeine Ernährungsstörungen in v. Ziemssens Hdb. d. spec. Pathol. und Therapie XIII, 2. 2. Aufl. Leipzig 1879. Seite 86.

durch sie bewirkten Beschwerden erklären wohl im wesentlichen die in solchen Fällen auftretenden Ernährungsstörungen.

6. Beziehungen der chronischen Stuhlverstopfung zu den Erkrankungen der Harnorgane.

Wir besprechen zuerst die einschlägigen Verhältnisse der Nieren. Hier sind zwei Dinge auseinander zu halten. Nämlich erstens können Nierenaffektionen mit chronischer Stuhlverstopfung sich complicieren, und zweitens kann die letztere die Nieren schädigen. Von den Nierenaffektionen, welche der Entstehung von Koprostasen Vorschub leisten, will ich hier diejenigen nicht weiter ausführen, wo durch erhebliche Volumenzunahme der Nieren der Darm derart zusammengedrückt wird, dass die regelmässige Weiterbewegung seines Inhalts entweder geschädigt wird oder schlechterdings ausgeschlossen erscheint. Ich will hier nur der häufigsten durch Nierenaffektionen veranlassten Form der Koprostase gedenken, nämlich der infolge von Wanderniere entstehenden. Es ist hier besser von einer „Wanderniere“ als von einer „beweglichen Niere“ zu sprechen, weil wohl nur die eigentliche Wanderniere, die einen höheren Grad von Beweglichkeit voraussetzt, als ätiologisches Moment der habituellen Darmträgheit und der Koprostase in Betracht zu ziehen ist. Ein gewisser Grad von Beweglichkeit der Niere ist schon unter normalen Verhältnissen vorhanden, indem die Nieren, die zu einem nicht geringen Teil auf dem Zwerchfell liegen, sich bei der Atmung den Bewegungen desselben bis zu einem gewissen Grade anschliessen werden. Diese Beweglichkeit der Nieren wird durch den Schwund des weichen Fettgewebes der Nierenkapsel nicht unwesentlich erhöht. Indessen, wenn der intraabdominelle Druck sich ändert, sei es durch Erschlaffung der Bauchdecken infolge von Fettschwund, sei es infolge der Erschlaffung derselben beim Hängebauch, wie wir ihm nach starken Ausdehnungen des Unterleibs, besonders nach wiederholten Geburten begegnen, gestalten sich die Bedingungen für das weite Herabsinken der Nieren viel

günstiger, welches erfahrungsgemäss weit häufiger die rechte Niere und besonders des weiblichen Geschlechts betrifft. Dass man der Wanderniere bei dem weiblichen Geschlecht viel häufiger, als bei dem männlichen begegnet, daran dürfte wohl schon das Schnüren, durch das die Fixierung der Nieren gelockert wird, einen nicht unwesentlichen Anteil haben. Indes erklärt dies meines Erachtens nur ein Hinunterrücken der Nieren, während doch für das Zustandekommen einer wirklichen Wanderniere in allererster Reihe eine Aenderung des intraabdominellen Drucks verantwortlich gemacht werden muss. Die Ursachen, warum die rechte Niere häufiger dislociert wird als die linke, sind, wie Fr. Merkel (l. c. S. 488) ausführt, nicht leicht zu ermitteln. Jedenfalls scheint auch er die Ansicht Gerotas zu teilen, dass für die häufigere Herabdrängung der rechten Niere die Leber, welche selbst zu sicher befestigt sei, nicht verantwortlich gemacht werden dürfe. Dagegen hebt Merkel ausdrücklich hervor, dass die rechte Niere nicht so gut befestigt sei, wie die linke. Die Frage der Fixation der Niere ist eine ebenso wichtige wie strittige Frage. Merkel schliesst sich den Beobachtern an, welche die Ansicht, dass hierfür die Fettkapsel der Niere in Anspruch zu nehmen sei, für eine entschieden unrichtige halten. Merkel vertritt dagegen, — ohne irgendwie den Einfluss zu unterschätzen, welcher bei der Fixation der Nieren teils dem intraabdominellen Druck teils dem Zusammenhange mit den angrenzenden Baueingeweiden, nach Gerota besonders den Nebennieren, welche mit der Leber, der Milz, dem Pankreas und den grossen Bauchgefässen durch dicke Faserzüge verbunden sind, zukommt, — die zuerst von Zuckerkandl aufgestellte Ansicht, dass die Fascia renalis das wesentlichste Befestigungsmittel der Nieren sei. Die nahe Verbindung dieser Fascie oben mit dem Zwerchfell, hinten mit der Bauchwand, vorn mit dem Bauchfell sei besonders geeignet, der Niere ihre Lage zu sichern. Die Verbindungen mit dem Bauchfell sind rechterseits von den linksseitigen verschieden. Linkerseits spielt dabei, wie Merkel

angiebt, die durch die Verwachsung der Mesenterialplatten des Colon descendens mit dem parietalen Blatte des Zwerchfells entstehende dreifache Membran, welche über die ganze Vorderfläche der linken Niere hinzieht, wahrscheinlich auch eine Rolle, was bei der rechten nicht der Fall ist. Dagegen wird die rechte Niere in ihren oberen zwei Dritteln von dem Bauchfell überzogen, welches mit der vorderen Platte der Fascia renalis durch kurzfaseriges Bindegewebe ziemlich fest in Verbindung gesetzt ist. Der unterste Teil der rechten Niere, der nicht vom Colon bedeckt ist, lässt von seiner Fascie Züge von lockerem Bindegewebe ausgehen, welche ihn mit dem Colon bald in einen engeren bald in einen weniger engen Zusammenhang setzen. Bei der linken Niere ist dies anders. Hier liegt die Flexura coli sinistra auf der unteren Hälfte der Niere. Aus dieser Darstellung geht hervor, dass zwischen den Lagerungsverhältnissen der Nieren und des Colon transversum enge Beziehungen bestehen, und dass auf verschiedene Weise durch die abnorme Beweglichkeit der Nieren die Funktion des Dickdarms beeinflusst werden kann. Jedenfalls versteht sich aus diesen Beziehungen die häufige Komplikation der Wanderniere mit habitueller Stuhlträgheit und chronischer Koprostase. Bekanntlich ist die Wanderniere oft eine Teilerscheinung der allgemeinen Enteroptose. Natürlicherweise ist die Eruierung dieser Verhältnisse in jedem einzelnen Falle von grosser praktischer Bedeutung, weil in sehr vielen Fällen der Koprostase eine dauernde Heilung ohne chirurgische Fixierung der Wanderniere völlig ausgeschlossen erscheint. Es ist dies in allen den Fällen um so mehr zu befürchten, bei denen die Wanderniere heftige Beschwerden macht, oder wo, wie dies so häufig beobachtet wird, daneben überdies noch aus irgend einem anderen Grunde eine Veränderung des intraabdominellen Druckes besteht (XV). Es giebt aber auch Fälle, wo der Verlauf der Wanderniere schmerzlos ist und wo sich die Koprostase ohne Annähen der Wanderniere beseitigen lässt (XVI). Jedenfalls darf in keinem Falle von chronischer Koprostase die

Untersuchung auf die Anwesenheit einer Wanderniere unterlassen werden. Der Nachweis einer solchen ist aber, so lange der ganze Dickdarm oder auch nur gewisse Teile desselben mit Kot angefüllt sind, meist ganz unmöglich.

Es sei hier noch auf die hartnäckigen Constipationen hingewiesen, welche sich im Gefolge der Nephrolithiasis entwickeln. Ich habe auf dieselben bereits vor langer Zeit hingewiesen¹⁾. Regelmässig ist die Nierenkolik von hartnäckiger Stuhlverstopfung und Verhaltung der Winde begleitet²⁾.

Was nun zweitens den Einfluss anlangt, den eine chronische Koprostase auf die Beschaffenheit des Harns ausübt, so ist es auffallend, in wie vielen Fällen man dabei entweder Cylindrurie oder Albuminurie oder beides beobachtet. Es handelt sich bei diesen Albuminurien immer nur um kleine Quantitäten von Eiweiss, die meist nur bei feineren Eiweissproben erkannt werden, und zwar teils bei alleinigem Zusatz von Essigsäure (Nucleoalbumin), teils bei der Ferrocyankaliumessigsäureprobe. Es handelt sich teils um minimale Eiweissopalescenzen, teils um mehr oder weniger starke Trübungen. Die Cylinder sind stets in den von mir beobachteten derartigen Fällen in geringer Zahl vorhanden gewesen. Es handelte sich fast immer um schmale hyaline Cylinder, nur wenige Male wurden auch einzelne mit Fetttröpfchen bedeckte beobachtet (XVII). Wir haben es bei diesen Albuminurien und Cylindrurien gewiss nicht um zufällige Komplikationen der chronischen Stuhlverstopfung zu thun. Dazu ist dieser Urinbefund bei der Koprostase ein zu häufiger. Ich erinnere mich übrigens keines Falles, wo nicht bei erfolgreicher Behandlung der Koprostase das Eiweiss oder die Cylinder oder beides rasch aus dem Harn ver-

¹⁾ W. Ebstein, Nierenkrankheiten in v. Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. IX. 2. Hälfte. 2. Aufl. Leipzig 1878. S. 243.

²⁾ cf. M. Sternberg, Beiträge zur Klinik der Nierensteine, insbesondere ihrer gastrointestinalen Erscheinungen. Wiener klinische Wochenschrift 1901, No. 16. (Sonderabdruck.)

schwunden wären. Dagegen habe ich wiederholt beobachtet, dass derartige Befunde zur Annahme einer chronischen Nephritis ohne erweisbares ätiologisches Moment geführt haben. Jahrelange Beobachtung derartiger Individuen, die nach der Beseitigung ihrer Darmstörung stets in vollkommener Gesundheit sich befanden, ohne dass die erwähnten Harnveränderungen sich wieder einstellten und ohne dass irgend welche andere Symptome die Annahme einer schwereren chronischen Nierenkrankheit rechtfertigten, gestatten den Rückschluss, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit die Albuminurie, bezw. die Cylindrurie von der Koprostase abhängig gewesen sind. Es muss indes mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass sich gelegentlich daraus auch chronische Nephritiden entwickeln können. P. S. Wallerstein (Berl. klin. Wochenschr. 1901, No. 21) hat bei Kaninchen und Hunden durch künstlich erzeugte Koprostase Cylindrurie und Albuminurie bewirkt. Endlich will ich hier noch der Dysurien gedenken, welche gelegentlich bei männlichen Kranken mit chronischer Constipation auftreten und welche ich mit der Besserung der letzteren verschwinden gesehen habe. Es brauchen dabei die eben erwähnten oder andere Harnveränderungen nicht vorhanden zu sein. Soweit ich es übersehe, handelt es sich stets um sehr hochgradige Koprostasen, bei welchen insbesondere auch die Ampulla recti und deren Sacculi stark mit Kot angefüllt sind. Ich habe solche Harnbeschwerden nie bei constipierten Frauen gesehen. Es darf angenommen werden, dass diese durch sehr schmerzhaften Harndrang sich charakterisierende Dysurien durch den Druck des stark gefüllten Mastdarms auf die Harnblase bedingt werden¹⁾. Bei hartnäckig constipierten Frauen, welche an Wanderniere leiden, tritt manchmal ein anscheinend von dieser abhängiger Harndrang auf,

¹⁾ J. G. Garson hat durch Versuche an der Leiche erwiesen, dass durch Ausdehnung des Rectums die Harnblase dislociert wird. Diese Dislocation kommt durch Dehnung der Harnröhre in ihrer Pars prostatica und membranacea zu stande. (Archiv für Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Leipzig 1878. S. 171.)

welcher die Kranken sogar in der Nacht nicht zur Ruhe kommen lässt. In einem von mir beobachteten Falle hörte dies quälende Symptom direkt nach der Fixierung der Wanderniere auf.

7. Beziehungen der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation zu der Fettleibigkeit, zu der Gicht und zu der Zuckerkrankheit.

Es ist unbestritten, dass bei der Fettleibigkeit, bei der Gicht und bei der Zuckerkrankheit, welche ich als allgemeine Erkrankungen des Protoplasmas mit vererbbarer Anlage zu einer Krankheitsgruppe zusammengefasst habe, recht häufig habituelle Stuhlträgheit und chronische Stuhlverstopfung vorkommen. Ebenso ist es durchaus durchsichtig, dass diese Darmstörungen infolge der genannten Erkrankungen des Protoplasmas sich entwickeln können. Ob und bezw. welchen Anteil an diesen Störungen der Darmfunktion etwa die durch diese Stoffwechselstörungen bedingten Schädigungen der Darmmuskularis haben, darüber ist meines Wissens nichts bekannt. Dagegen sind diese Darmstörungen bei den genannten Krankheiten in anderer Weise vollkommen verständlich. Die Fettleibigen, ebenso wie die fetten Gichtkranken und Diabetiker belasten häufig ihren Darm durch zu reichliche Nahrungsaufnahme in ungebührlicher Weise, die fetten Bauchwandungen bei gleichzeitiger Schwächung der Bauchmuskulatur verringern die Leistungsfähigkeit der Bauchpresse, dazu kommt die oft geringe Körperbewegung, sowie der dabei infolge excessiver Schweissbildung eintretende Wasserverlust u. s. w. Hierdurch werden die Stuhlträgheit der Fettleibigen und die danach sich einstellende chronische Stuhlverstopfung durchaus verständlich gemacht. Bei den Zuckerkranken ist die Entwicklung solcher Darmstörungen auch leicht einzusehen. Die hier häufig vorhandene, sehr unangenehme hartnäckige Stuhlverstopfung erklärt sich wohl im wesentlichen durch die Trockenheit der Fäces, die ihrerseits von dem grossen Wasserverlust durch die Nieren, infolge der sehr ge-

steigerten Urinsekretion abhängig ist. Die Momente, welche bei der Gicht die chronische Stuhlträgheit bezw. die chronische Constipation veranlassen, fallen bei den gleichzeitig an allgemeiner Adipositas leidenden Gichtkranken wohl zunächst mit den bei der Fettleibigkeit anzuschuldigenden Ursachen zusammen. Wir wissen aber, dass — auch ohne dass gleichzeitig Fettleibigkeit vorhanden ist — Darmstörungen bei der Gicht nicht selten vorkommen. Es hat den Anschein, als ob bei einer grösseren Reihe von Gichtkranken die Erscheinungen seitens des Magens, bezw. des Darms in Gestalt verschiedenartiger dyspeptischer Symptome in den Vordergrund treten. Besonders findet man die Koprostase, wie mir scheint, bei solchen Gichtkranken, bei denen auch die neurasthenischen Symptome stärker entwickelt sind. Unter allen Umständen empfiehlt sich aufs dringendste bei den in Rede stehenden drei Krankheiten die Bekämpfung der habituellen Stuhlträgheit, damit es möglichst nicht zu einer chronischen Koprostase kommt. Es erwächst daraus den Patienten ein grosser Nutzen. Eine Reihe von Störungen der Atmung und der Herzthätigkeit schwinden z. B. bei Fettleibigen nach ausreichender Evakuierung des Darms, wodurch die Thätigkeit der Brustorgane wesentlich erleichtert und häufig auch die lästige Dyspnoë sowie die Störung der Herzthätigkeit beseitigt werden. Die Beseitigung der Constipation bei Zuckerkrankheit gehört zu den schwierigsten Aufgaben bei der symptomatischen Behandlung des Diabetes. Ich bin dabei mit der bei der Besprechung der Therapie zu schildernden Methode am weitesten gekommen. Einen Einfluss auf den Gang der Krankheit hat die Evakuierung des Darms weder bei der Fettleibigkeit noch bei der Zuckerkrankheit. Etwas anders scheint sich die Sache mit der Behandlung der Constipation bei der Gicht zu verhalten. Als Voraussetzung wird dabei verlangt, dass bei allen diesen drei Krankheiten nicht nur die Koprostase entsprechend behandelt werde, sondern dass auch die Diät nach den von mir vertretenen Grundsätzen ¹⁾

¹⁾ W. Ebstein in seinem und Schwalbes Handbuch der praktischen Medizin. 3. Bd. 2. Hälfte. Stuttgart 1901.

eingehalten werde. Ich habe dann, wofern die Constipation nach den nachher (Kapitel VIII) von mir zu schildernden Prinzipien behandelt und geheilt wird, auch beobachtet, dass mit der Heilung der Koprostase eine bemerkenswerte Besserung der gichtischen Gelenksymptome sowie auch der begleitenden funktionellen nervösen (neurasthenischen) Störungen, und endlich der funktionellen Störungen der Herzthätigkeit eingetreten ist. Ein mir bemerkenswert erscheinender Fall von sehr günstiger Beeinflussung eines eigenartigen Muskelprozesses, dessen Aetiologie sich nicht sicher feststellen liess, werde ich im X. Kapitel Fall XVIII berichten. Die Evakuation des Darms muss freilich immer so eingerichtet werden, dass alle schwächenden Einflüsse sorgsam dabei vermieden werden. Es gelten diese Prinzipien der Behandlung auch für alle die gar nicht so seltenen Fälle von Gicht, bei denen die Koprostase durch die sie maskierenden Durchfälle verdeckt wird. Eine sorgsame Feststellung der Anamnese führt uns dabei schon in der Regel auf die richtige Spur. Ausschlaggebend ist indes natürlich erst die sorgsame Untersuchung des Bauches bezw. des Dickdarms in seiner ganzen Ausdehnung.

IV. Ueber die Ursachen der bei der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Krankheitserscheinungen.

Es handelt sich hier darum, sich ein Urteil über die Pathogenese der im vorigen Abschnitt beschriebenen Krankheitserscheinungen zu bilden. Betreffs der Ursachen der bei der chronischen Stuhlverstopfung seitens des krankhaft veränderten Darmkanals selbst auftretenden Symptome brauchen wir keine ausführlichen Auseinandersetzungen. Sie sind ohne weiteres in sich durchaus klar und durchsichtig. Wir verstehen ferner auch, dass und wie die infolge der Dickdarmaffektion geschaffenen veränderten Verhältnisse im Bauchraume einen Teil der im Verlaufe der chronischen Stuhlverstopfung sich entwickelnden Krankheitssymptome seitens anderer Organe zustande kommen. Es ist bei der Schilderung der bei der chronischen Koprostase auftretenden Magen- und Herzsymptome u. s. w. darauf ausdrücklich hingewiesen worden. Es ist ferner auch durchaus einleuchtend, dass diese infolge der chronischen Constipation sekundär in der früher erwähnten Weise geschädigten Organe wiederum Krankheitserscheinungen erzeugen können, welche das Krankheitsbild in mannigfacher Weise zu modifizieren imstande sind. Ich brauche in dieser Beziehung nicht weiter auszuführen, dass die infolge rein mechanischer Einflüsse, welche sich bei der chronischen Koprostase geltend machen, entstandenen Affektionen des Magens und des Herzens u. s. w. ihrerseits die

Ausgangspunkte vieler weiterer Krankheitserscheinungen werden können. Es ist nämlich durchaus verständlich, dass die auf diese Weise entstehenden Magenaffektionen Störungen der Körperernährung, die des Herzens Störungen der Blutverteilung und auf diese Weise u. a. zweifellos mancherlei Störungen des Nervensystems erzeugen können. Indes sehen wir doch bei der chronischen Stuhlverstopfung gar nicht selten, dass auch ohne derartige Bindeglieder sich im Gefolge der chronischen Koprostase nervöse Störungen und andere krankhafte Symptome entwickeln, welche eine andere Deutung verlangen. Man ist in dieser Beziehung seit alters her auf toxische Substanzen gekommen, denen die Entwicklung insbesondere gewisser nervöser Symptome zur Last zu legen sei. Die Entstehung dieser toxischen Substanzen, die bei der Aetiologie nervöser, infolge chronischer Unterleibsaffektionen entstehender Störungen, insbesondere bei den dabei auftretenden gemüthlichen Depressionen eine Rolle spielen, wurden zunächst nicht in den Darm verlegt, sondern auf Störungen der Blutbereitung in der Leber bezogen. Diese sollten zur Bildung einer giftigen Substanz führen, welche in dem menschlichen Organismus sehr grosses Unheil bewirken müsste, wofern sie nicht in der Milz entgiftet würde. Es ist diese Anschauung insofern von grossem Interesse, weil wir schon hier der Vorstellung von der entgiftenden Eigenschaft gewisser Organe begegnen, welche weiterhin eine so grosse Rolle gespielt hat und heute noch spielt. Es ist die in dieser Beziehung in Betracht kommende giftige Substanz, die in früherer Zeit so viel besprochene *Atra bilis*. Dieselbe hat freilich heutzutage ihre Rolle wohl ausgespielt, indes hat die *Atra bilis*, *μέλαινα χολή*, welcher in der alten Medicin eine Bedeutung zugeschrieben wurde, immerhin noch ein gewisses historisches Interesse, wenngleich nichts als der Krankheitsname „Melancholie“ von der gesamten Doktrin übrig geblieben ist. Die Alten dachten sich, dass die *Atra bilis* ein bei der Blutbereitung in der Leber erzeugter Auswurfstoff sei, welcher durch die *Vena splenica* zur Milz geführt würde, um dort

verarbeitet und unschädlich gemacht zu werden. Geschah die Verarbeitung nur unvollkommen, so gelangte eine Quantität „schwarzer Galle“ in das Blut, worauf die Entstehung eines Heeres von Krankheiten zurückgeführt wurde. Ein klein wenig schwarze Galle gelangte auch in die Nebennieren, welche daher den Namen „Capsulae atrabiliariae“, den ihnen Thomas Bartholinus gab, gelegentlich jetzt auch noch führen. In den Nebennieren sollte die *Atra bilis* vornehmlich als eine Art Ferment auf das Blut in den Nieren einwirken, um die leichtere Abscheidung seines Serums als Harn zu ermöglichen¹⁾. Der Löwenanteil bei der Unschädlichmachung der *Atra bilis* entfiel jedenfalls auf die Milz. Ihre Verstopfung mit Bluthefe oder schwarzgalligem Blute bildete den Ausgangspunkt eines körperlichen Krankheitsgefühl, dessen Hauptsitz meist unter die Rippen der Weiche (Rippsucht) verlegt wird²⁾. Man suchte diese Milzverstopfung durch Zwerchfellerschütterung zu beseitigen. Durch das dicke, schwere, melancholische Geblüt sollten die verschiedenen Anomalien der Milz (Aufblähung, Blähung, Verhärtung, Verstopfung u. s. w.) entstehen, die man als *Passio hypochondriaca*, *Suffocatio hypochondriaca* auffasste, oder als Milzgebrechen, -laster, -weh, -krankheit u. s. w. Die *Atra bilis* hat sodann noch in der bekannten Kämpf'schen Lehre³⁾ vom Infarctus eine Rolle gespielt. Diese Lehre erwähne ich hier nur deswegen, weil Kämpf durch seine Visceralklystiere, die zu ihrer Zeit in der ärztlichen Praxis eine so grosse Rolle spielten — weshalb ich darauf bei der Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung nochmals zurückkommen werde — die

¹⁾ cf. *Onomatologia anatomica* von J. Hyrtl. Wien 1880. S. 62.

²⁾ cf. Höfler l. c. S. 712.

³⁾ Johannes Kämpf. Für Aerzte und Kranke bestimmte Abhandlung von einer neuen Methode, die hartnäckigsten Krankheiten, die ihren Sitz im Unterleibe haben, besonders die Hypochondrie, sicher und gründlich zu heilen. 3. Aufl. Wien 1788. Eine auszügliche Mitteilung der Kämpf'schen Lehre vom Infarctus findet sich bei Wunderlich, *Geschichte der Medicin*. Stuttgart 1859. (Belege, Exkurse und Notizen, S. 70.)

obstruierenden, infarcierenden, sich angeblich vorzugsweise an den Enden der Gefäße anhäufenden Massen herausbringen und unschädlich machen wollte. Es ist hier aber nicht der Ort, diese Dinge ausführlicher zu besprechen. Eine genauere Kritik dieser und verwandter Fragen findet der Leser bei Virchow (l. c.). Dagegen werden wir hier einige Bemerkungen über die vielfach diskutierte Anschauung machen müssen, nach welcher der gesundheitsschädliche Einfluss der chronischen Stuhlverstopfung dadurch entsteht, dass ungesunde Stoffe aus dem Darne in das Blut übergehen. A. v. Haller (l. c. S. 280) hält eine langwierige, übertriebene Hartleibigkeit deshalb für nicht gesund, weil das vom Kot resorbierte faule Wasser notwendigerweise das Blut mit ranzigen Teilen anfüllen muss und entweder Fieber macht oder diese Substanzen doch vermehrt. Es verursachte in gewissen Exempeln eine Blutstürzung, eine Auszehrung, eine Tollheit. Gegenwärtig ist, wenn auch in anderer Form, wieder die Frage der Vergiftung des Organismus vom Darne aus in lebendigem Fluss. Man hat dafür die Bezeichnung *Autointoxikationes intestinales* gewählt. Friedrich Müller¹⁾ hat darauf aufmerksam gemacht, dass in dem Namen: „Autointoxikation“ ein gewisser Widerspruch liege. Die Gifte nämlich, welche sich infolge abnormer Zersetzungen im Darmkanal bilden, seien nicht Produkte des Organismus selbst, sondern sie rühren von Mikroorganismen her, welche an der inneren Darmoberfläche ihr Wesen treiben. Müller giebt nicht nur zu, sondern würde es sogar für ungereimt halten, angesichts der infolge mancher Magen- und Darmkrankheiten sich entwickelnden hochgradigen Kachexie und Anämie, welche durch eine Unterernährung allein nicht erklärt werden können, die schädliche Wirkung einer weit über das normale Mass gesteigerten autochthonen Darmfäulnis leugnen zu wollen.

¹⁾ Friedrich Müller und Brieger, *Autointoxikationen intestinalen Ursprunges*. Verhandlungen des 16. Kongresses für innere Medicin. Wiesbaden 1898. Seite 149 und flgde. Hier finden sich auch viele Litteraturangaben.

Dass eine solche Steigerung der Darmfäulnis bei der chronischen Stuhlverstopfung eintreten kann, dürfte einem Zweifel nicht unterliegen. Brieger¹⁾ hat genauere Ermittlungen über die Giftigkeitsgrade der bei der Darmfäulnis entstehenden chemischen Produkte angestellt. Freilich sind die Arbeiten sowohl in dieser Richtung als auch über die Frage, ob nicht bei den verschiedenen, infolge der chronischen Koprostase sich entwickelnden Symptomen und Symptomenkomplexen auch verschiedene, spezifisch wirkende Krankheitsgifte wirksam sind, — wie das a priori doch ausserordentlich wahrscheinlich erscheint, — von einem definitiven Abschluss noch sehr weit entfernt. Jedoch ist wenigstens die Anschauung von Albrecht von Haller, dass bei langwieriger Hartleibigkeit und übertriebener Verstopfung das vom Kot resorbierte faule Wasser das Blut mit ranzigen Teilen anfüllt, bis zu einem gewissen Grade gefestigt worden, und man darf meines Erachtens die Ansicht Friedrich Müllers teilen, dass man bei einer Reihe von Krankheitszuständen einen ursächlichen Zusammenhang mit abnormen Zersetzungs Vorgängen im Darm trotz der Schwierigkeiten, die sich einer exakten Beweisführung entgegenstellen, nicht leugnen kann. Müller betont dabei gleichfalls mit Recht, dass dies vor allem von jenen nervösen Beschwerden gilt, welche eine hartnäckige Stuhlverstopfung begleiten, und führt als Beispiele Kopfweh, Müdigkeit, Verstimmung, üble Laune, neurasthenische Zustände an. Ich meine, dass wir dies auch nicht ohne eine gewisse theoretische Begründung auf einen Teil der unter diesen Umständen auftretenden Herzsymptome ausdehnen dürfen (cf. oben S. 69)²⁾.

¹⁾ Fr. Müller und Brieger l. c.

²⁾ Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser vorzugsweise der ärztlichen Praxis gewidmeten Arbeit, genauer auf die experimentelle Seite dieser Fragen einzugehen. Ich verweise hier nur auf die einen Beitrag hierzu liefernde Arbeit von Johann Raczynski: Ueber den Einfluss der Toxine von „Streptococcus pyogenes“ und „Bacterium coli commune“ auf den Kreislauf (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. 58 — 1897 —

Auf Grund der hier mitgeteilten Erörterungen werden wir also als die Ursachen der bei der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Krankheitserscheinungen folgende annehmen dürfen, erstens: die im Darmkanal selbst — sei es als Ursache, sei es als Folge der chronischen Constipation — sich entwickelnden Krankheitsprozesse; zweitens: die durch den Darmprozess veranlassten mechanischen Störungen, z. B. durch Druck auf das Zwerchfell, auf Gefäße und Nerven in der Bauch- bzw. Beckenhöhle, und endlich drittens: durch die Vergiftung des Organismus mit den infolge chronischer Constipation entstehenden Darmgiften¹⁾, welche bei ihrer Ausscheidung mit dem Harn die geschilderten Reizerscheinungen in den Nieren (Albuminurie, Cylindrurie) erzeugen. Ob beim Menschen eine dauernde Nephritis durch diese Darmgifte erzeugt werden kann, weiss ich aus eigener Erfahrung nicht. In den von mir beobachteten Fällen sind im Laufe der Behandlung die erwähnten Veränderungen des Harns rückgängig geworden.

Seite 27), in welcher sich auch eine Reihe von Litteraturangaben finden. Ich möchte die Tierversuche, ebensowenig wie dies der in dieser Beziehung zurückhaltende Verfasser thut, keineswegs direkt auf den Menschen übertragen, immerhin sind sie lehrreich genug und verdienen jedenfalls von allen denen, welche sich für diese wichtigen Fragen interessieren, weiter verfolgt und ausgebaut zu werden.

¹⁾ cf. hierzu F. Blum l. c. (s. oben S. 66). Interessant ist betreffs der Darmgifte eine Bemerkung von Alfred Wiedemann in seiner Ausgabe von Herodots 2. Buch mit sachlichen Bemerkungen. — Leipzig 1890 pg. 382. — Hier wird von der Verwertung der *Ricinus communis* in Aegypten gesprochen. . . . , das Oel diene als „Hemmmittel des Durchfalls“, d. h. zu demselben Zwecke wie heutzutage im Orient. Eigentlich, heisst es nun weiter, ist es bekanntlich ein Abführmittel, aber durch die hierdurch erfolgte Reinigung der Därme werden die Durchfall erzeugenden Pilze mit abgeführt und so der Durchfall selbst zum Stehen gebracht. — Wir ersehen aus dieser Notiz jedenfalls soviel, dass die Vorstellung von krankmachenden Pilzen im Darm — man mag sich dieselben wie auch immer vorgestellt haben — eine recht alte ist.

V. Dauer, Verlauf und Ausgänge der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung.

Die habituelle Stuhlträgheit und die chronische Stuhlverstopfung gehören zu den Krankheitszuständen, welche einen langwierigeren Verlauf zu haben pflegen als die meisten anderen. Es ist vielleicht zweckmässig, wenn ich die in diesem Kapitel abzuhandelnden Fragen an einigen Beispielen erörtere, welche zugleich geeignet sind, die gesamte klinische Geschichte der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung in der einen oder anderen Weise zu ergänzen und deren Behandlung zu erläutern. Ich halte es für praktisch, diese kasuistischen Belege in einem besonderen Abschnitt (Kap. IX) anzuführen. Hier mögen nur einige allgemeine die Diagnose betreffende Mitteilungen angeführt werden. Jede chronische Stuhlverstopfung, d. h. die Anhäufung grösserer Fäcesmengen im Dickdarm, hat eine habituelle Stuhlträgheit zur Voraussetzung. Es braucht übrigens nicht jede habituelle Stuhlträgheit von chronischer Koprostase gefolgt zu sein.

Ueber die Dauer dieser Zustände, insbesondere der chronischen Stuhlverstopfung lässt sich jedenfalls in vielen Fällen nichts Zuverlässiges ermitteln. Es giebt eine grosse Reihe solcher Kranken, welche sogar früher weder an Stuhlträgheit noch an Verstopfung gelitten haben wollen, von anderen wird dies zwar zugegeben, aber der Beginn doch auf einen Zeitpunkt verlegt, in welchem die Krankheit bereits lange be-

standen haben muss, wie sich aus gewissen Symptomen wenigstens mit grösster Wahrscheinlichkeit erschliessen lässt. Es ergibt sich daraus, dass der Verlauf der chronischen Stuhlverstopfung eine kürzere oder längere Zeit durchaus latent sein kann. Dies erklärt sich in ganz einfacher Weise dadurch, dass von dem im Darm gebildeten Kot nur ein Teil in dieser Zeit entleert worden ist, während ein grösserer oder geringerer Teil desselben zurückgehalten wurde und sich in den Haustris des Dickdarms angehäuft hat. In anderen Fällen wird die Sachlage durch die Verbindung von Durchfällen und Verstopfung getrübt. Es kommt nämlich gar nicht selten vor, dass an chronische hartnäckige Durchfälle sich ebenso lange Zeit anhaltende Stuhlverstopfungen anschliessen, andererseits aber wird nicht minder häufig das Gegenteil beobachtet, indem auf die hartnäckigen Constipationen andauernde Diarrhöen folgen. Wir sehen aber manchmal auch, dass beides, Diarrhöen und Constipation mit einander abwechseln. Jedenfalls kann man unter solchen Umständen nicht darauf rechnen, den Beginn der chronischen Stuhlverstopfung in einer befriedigenden Weise genau feststellen zu können. Im allgemeinen muss daran festgehalten werden, dass der Anfang der chronischen Constipation sich in sehr vielen Fällen nicht mit Bestimmtheit eruieren lässt. Derselbe wird sehr häufig fälschlich erst von dem Zeitpunkt an datiert, wo die Verstopfung Beschwerden zu machen anfängt. Beziehen sich, was gar nicht selten der Fall ist, diese Beschwerden gar nicht auf den Bauch, sondern treten nur oder hauptsächlich die durch den Darmprozess veranlassten oben geschilderten Folgeerscheinungen in den Vordergrund, dann können nur durch eine sehr genaue Untersuchung des Bauches, welche, wie wir bei der Besprechung der Diagnose sehen werden, auf eine genügende Kenntnis der einschlägigen klinischen Verhältnisse gestützt ist, grobe Irrtümer verhütet werden. In einem Teil der Fälle von chronischer Constipation erhalten wir von den betreffenden Individuen allerdings genaue Auskunft über den Beginn ihres Leidens

und zwar sind das in der Regel solche Kranken, bei denen die chronische Constipation im Anschluss an gewisse akute Krankheitszustände sich entwickelt, wie z. B. nach einem schweren Unterleibstypus, nach einer Blinddarmenzündung oder nach einem Wochenbettfieber u. s. w. Krankheiten, bei denen so oft die Bedingungen geschaffen werden, welche der Entstehung und Entwicklung der habituellen Stuhlverstopfung und der Koprostase wesentlich Vorschub leisten. In je stärkerem Masse nun unter solchen Einflüssen die grundlegenden Verhältnisse geschaffen werden und je mehr die chronische Constipation begünstigende Momente im konkreten Falle vorhanden sind, wie beispielsweise sitzende Lebensweise, unzweckmässige Ernährung, starke Wasserverluste, um so schnellere Fortschritte pfl egt die chronische Constipation zu machen, insbesondere wenn sich infolge der Constipation anatomische Veränderungen des Darmes entwickeln, welche auch ihrerseits die Darmperistaltik zu beeinträchtigen vermögen. Ich erwähne hier die infolge solcher Stuhlverstopfungen entstehenden Darmkatarrhe, die chronischen umschriebenen Peritonitiden, die Entwicklung eines Eingeweidebruches u. s. w. Der Verlauf einer solchen Constipation ist nicht selten für kürzere oder längere Zeit im allgemeinen geräuschlos, d. h. der Kranke empfindet keine Beschwerden davon. Die Kranken brauchen seltener zu Stuhle zu gehen als vorher, das Bedürfnis dazu meldet sich bei der verlangsamten und wenig energischen Peristaltik nicht sehr gebieterisch und die Patienten übergehen den Stuhlgang häufig nicht ungern, zumal wenn derselbe zu einer ihnen nicht passenden Zeit sich anmeldet. Dies ist aber bei sich entwickelnden Constipationen häufig der Fall. Der Darm entwöhnt sich seiner regelmässigen Thätigkeit und geht schliesslich ihrer verlustig, er verwahrlost und zwar um so eher, wenn — wie wir das beim weiblichen Geschlecht infolge von wiederholten Schwangerschaften häufig sehen — überdies die Bauchpresse lahm und insufficient wird und als ein neues sehr wesentliches Hindernis für eine geregelte Stuhlentleerung hinzutritt. Dass Wandernieren und andere Affek-

tionen der Nieren u. s. w. in dieser Beziehung gar nicht so sehr selten weitere Schwierigkeiten bereiten, ist oben (cf. die Symptomatologie) genügend betont worden. Wir begegnen nun und zwar wieder besonders beim weiblichen Geschlecht oft genug Individuen, denen ein seltenes Stuhlbedürfnis durchaus nicht unangenehm ist. Sie freuen sich darüber und brüsten sich sogar damit. Abgesehen von einer gewissen Zimmerlichkeit oder Trägheit der betreffenden Personen finden wir auch unbequem gelegene oder gar ekelhafte Abtritte und eine Reihe anderer Gründe, welche die Darmträgheit und ihre Folgen mehr und mehr verschlimmern. Ich bin solchen Dingen schon bei Kindern begegnet, die angaben, dass sie wegen der Schule keine Zeit hätten, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Obwohl Erholungs- und Vergnügungsreisen einer Regelung der Darmperistaltik, die ausser Rand und Band gekommen war, gar nicht selten günstig ist, sehen wir doch andererseits bei Berufsreisenden, vielleicht besonders wegen der Unregelmässigkeit ihrer ganzen Lebensführung die chronische Constipation ausserordentlich gedeihen. Indes, wie dem auch immer sei, es stört dies die betreffenden Individuen wenig oder gar nicht, so lange sie keine erheblichen Beschwerden von ihrer Verstopfung haben, und besonders so lange sie ihren Stuhlgang durch die sogenannten Hausmittel, gleichgültig, ob sie sonst geeignet sind oder nicht, oder durch Medikamente, wozu sich die Vorschriften oft in der Familie forterben oder nicht selten in Bekanntenkreisen kolportiert werden, leidlich unterhalten. Die Scene ändert sich freilich, sobald sich Beschwerden einzustellen anfangen, oder wenn die bisher Erleichterung gewährenden Mittel ihren Dienst versagen. Bis dahin können viele Jahre hingehen. Die Mannigfaltigkeit der zu Gebote stehenden Mittel gestattet nämlich einen ausgiebigen Wechsel derselben, wodurch wenigstens in einer Reihe von Fällen wieder und immer wieder Abhilfe für längere oder kürzere Zeit geschaffen wird. Es giebt Menschen, welche, ohne jemals nennenswerte Beschwerden, ausser ihrer beständigen Sorge um Stuhlgang gehabt zu haben, welcher sie durch ihre Mittel

mehr oder weniger wirksam begegnen, trotz der chronischen Constipation ihr Leben ziemlich gut hinbringen und ein leidlich hohes Alter dabei erreichen. Es handelt sich hier wohl regelmässig um chronische Constipationen mässigen Grades bei Individuen, welche über einen sehr leistungsfähigen Darm verfügen. Bei schweren Koprostasen treten weit früher stärkere Beschwerden ein. So weit ich die Sachlage übersehe, handelt es sich aber, was die Grösse dieser Beschwerden anlangt, nicht allein um die Hartnäckigkeit der Stuhlverstopfung, sondern um eine grosse Reihe anderer Dinge, insbesondere aber um die Komplikation mit gewissen Zuständen, infolge deren die chronische Constipation sich rasch zum Unerträglichen steigert. Hierzu gehören — abgesehen von den Schmerzen und den damit sich vergesellschaftenden Krankheitssymptomen, wie vor allem die hartnäckige Schlaflosigkeit — die chronischen dyspeptischen Erscheinungen seitens des Magens und die davon abhängigen Ernährungsstörungen, sowie das Heer der intestinal hypochondrischen und neurasthenischen Symptome, von denen oben die Rede war. Die Bedeutung der Darmerscheinungen ist überdies in hohem Grade davon abhängig, ob und bezw. welche organischen Veränderungen als ursächliche Momente oder als Folgeerscheinungen der chronischen Constipation im Darm existieren. Sind z. B. stark erweiterte Haustra des Dickdarms vorhanden, bestehen intensivere Entzündungsprozesse der Darmschleimhaut, ausgedehntere Verwachsungen der Därme mit den Nachbarorganen, Verlagerungen des Darms, Wandernieren oder sonst eine die Darmperistaltik dauernd behindernde Ursache, so wird die Koprostase, wofern das bestehende schädigende Moment nicht weggeschafft werden kann, betreffs ihres Verlaufs und ihrer Dauer sich entsprechend gestalten.

Ich werde auf diese Dinge nochmals bei der Behandlung der chronischen Constipation zurückzukommen haben. Hier sei nur der bereits oben Seite 47 gelegentlich der Schilderung der Symptomatologie besprochenen *Adhaesiones peritoneales inferiores* gedacht. Dieselben bildeten

schon seit langer Zeit in allen den Fällen Indikationen für chirurgische Eingriffe, wobei sie, wie z. B. durch Abknickung des Darmes, zu lebensgefährlichen Zufällen Veranlassung gaben. In der Regel machen sie aber keine solche stürmischen Erscheinungen, um eine sofortige chirurgische Behandlung zu verlangen. Indes im Laufe der Zeit fordern die hartnäckigen Schmerzen, die dadurch beeinträchtigte Freude am Leben und an der Arbeit bei der Erfolglosigkeit der verschiedenen anderen Behandlungsmethoden zur Einleitung der chirurgischen Behandlung auf, bei welcher die Adhäsionen durchtrennt werden müssen, und welche bei nicht wesentlicher Gefahr einen guten Erfolg in sehr vielen Fällen liefert.

Sehen wir uns die Ausgänge an, welche die chronische Koprostase nehmen kann, so wird dieselbe, wenn nicht unheilbare, dieselbe unterhaltende Bedingungen vorliegen, in Heilung übergehen. Auch die von ihr veranlassten sekundären Krankheitsprocesse können zur Ausheilung kommen. Hierzu ist eine verständig geleitete Behandlung von ausschlaggebendem Einfluss. Spontanheilungen der chronischen Constipation kommen nicht vor. Dieselbe kann aber auch nur unvollständig heilen. Eine solche unvollständige Heilung ist in den Fällen zu erwarten, wo die chronische Stuhlverstopfung durch Momente bedingt und unterhalten wird, welche eine vollständige Heilung nicht zulassen. In solchen Fällen wird die erzielte Besserung in den meisten Fällen überdies nur dann eine stationäre bleiben, wofern dieselbe mit Hilfe aller zu Gebote stehenden Mittel festgehalten werden kann. Trotz solcher unvollkommener Ergebnisse der Behandlung der chronischen Constipation selbst können die von ihr abhängigen sekundären Krankheitserscheinungen eine mehr oder weniger erhebliche Besserung erfahren, so dass die betreffenden Patienten sich für vollständig genesen halten können und dies thatsächlich oft genug thun. Die chronische Constipation kann aber auch ungeheilt bleiben, und Albrecht v. Haller hat (l. c. S. 281) eine Reihe von Zufällen, die infolge langwieriger Hartleibigkeit entstehen, erwähnt: die

übermässigen Ausdehnungen der Gedärme, das garstige Erbrechen, welches nicht selten von dieser Ursache herrührt, das Zerreißen der Därme, das Vortreten des Darmfelles in Brüchen, und dass der Tod darauf erfolgt ist. Ich will in eine Kritik dieser auf viele Belege sich stützenden Angaben von A. v. Haller hier nicht weiter eingehen, wir ersehen jedenfalls daraus, dass die Gefahren der chronischen Koprostase schon in früherer Zeit nicht unterschätzt wurden. In der That sind bei der chronischen Constipation eine Reihe von Ausgangspunkten für einen unglücklichen, letalen Verlauf, vorhanden. Ein Teil derselben geht von dem Darne selbst aus. Es würde zu Wiederholungen bereits gesagter Dinge führen, wenn ich alle die verschiedenen Veränderungen des Darms hier aufführen wollte, welche die chronische Koprostase bedingen und die wiederum durch sie erzeugt werden können. Abgesehen aber von solchen Krankheitsprocessen des Darms sind es die mannigfaltigen Folgeerscheinungen der chronischen Constipation, welche ich bereits oben besprochen habe, und von denen ungefähr jeder einzelne dem vorzeitigen Untergange der betreffenden Individuen Vorschub leisten kann. Es ist wohl richtig, dass durch die infolge habitueller Stuhlträgheit entstandene chronische Stuhlverstopfung nicht weniger Menschen durch die dieselbe complicierenden Krankheitszustände, insbesondere infolge der sich dabei entwickelnden Ernährungsstörungen und nervösen Zustände hingerafft werden, als durch die Darmstörungen selbst.

VI. Diagnose der habituellen Stuhlträgheit und chronischen Stuhlverstopfung.

Eigentlich sollte man meinen, dass bei der Diagnose der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung kaum irgend welche Irrtümer unterlaufen könnten. Nichtsdestoweniger sind dieselben häufig. Besonders oft sehen wir solche Irrtümer bei der chronischen Stuhlträgheit, aber gar nicht selten beobachten wir auch, dass hartnäckige Constipationen teils ganz übersehen, teils dass sie sogar für das Gegenteil gehalten werden. Beides kann und muss für die betreffenden Individuen verhängnisvoll werden. Letzterem Irrtum begegnen wir in den keineswegs seltenen Fällen, wo Individuen an hartnäckigen Durchfällen leiden, welche durch chronische Stuhlverstopfung bedingt sind. Die in solchen Fällen angewandten sogen. „Stopfmittel“, welche die oft unter dem Bilde der Enteritis chronica mucosa (s. oben S. 24) verlaufenden Diarrhöen beseitigen sollen, müssen diese Durchfälle verschlimmern, indem sie den Reiz, welcher die oft intensiven Durchfälle nicht nur bedingt, sondern auch unterhält, nämlich die stagnierenden Kotmassen, vermehren. Ich habe, was beiläufig hier bemerkt sein mag, öfter beobachtet, dass die infolge chronischer Constipation auftretenden Diarrhöen akut einsetzen, um nachher in ein in der Regel chronisches Stadium überzugehen, welches dann aber ohne Unterbrechung in den meisten Fällen so lange andauert, bis das ätiologische Moment beseitigt ist, d. h. bis die stagnierenden Kotmassen in der

geeigneten Weise aus dem Darne entfernt sind. Eine weitere Quelle für Fehldiagnosen bei der chronischen Stuhlverstopfung sind diejenigen Fälle, wo Ausleerungen zwar täglich erfolgen, die indes im Verhältnis zu der aufgenommenen Nahrung unzureichend sind. Wir begegnen wenigstens zum grossen Teil aus diesem Grunde der chronischen Constipation bei einer grossen Zahl von Fällen von Fettleibigkeit. Die betreffenden Individuen essen überreichlich und stören durch ein träges Leben und mangelnde Muskelbewegung die Peristaltik des Darmes. Die Stuhlausleerungen sind spärlich und vermögen nicht, obwohl sie täglich erfolgen, den grossen Ballast aus dem Darne herauszuschaffen. Aehnliche Erfahrungen machen wir ferner bei Menschen, welche vorher bei guter Wirkung der Bauchpresse wohl hinreichende Darmentleerungen hatten, die aber bei allmählicher Schwächung der Bauchpresse unzureichend werden. Wir machen derartige Erfahrungen häufig bei Frauen, welche eine Reihe Geburten überstanden haben. Die Verhältnisse ändern sich so langsam, dass die betreffenden Frauen oft gar nicht merken, dass die Ausleerungen zu spärlich sind und dass der Darm sich immer mehr mit Kotmassen füllt. Die hier angeführten Beispiele liessen sich leicht noch vermehren. Sie genügen aber, um zu beweisen, dass es Fälle genug giebt, wo die Anamnese durchaus keinen Aufschluss über die Anwesenheit einer habituellen Stuhlträgheit und noch weniger einer chronischen Koprostase giebt, sondern wo ohne genaue körperliche Untersuchung der Status praesens gerade das Gegenteil erwarten lässt. Die chronische Constipation wird aber auch oft genug völlig übersehen oder wenigstens nicht nach Gebühr gewürdigt und bei der Behandlung nicht selten völlig vernachlässigt, auch wenn genügende Symptome darauf hinweisen, wofern andere Krankheitserscheinungen vorhanden sind, die mehr als die Darmsymptome in den Vordergrund treten. Es ist dies um so bemerkenswerter, als die betreffenden, anscheinend das Wesentliche bildenden Krankheits-symptome — ich erinnere an die vorhin bereits geschilderten

Magen-, Nerven- und Herzsymptome, ferner an die Ernährungsstörungen, an die Symptome seitens der Harnorgane — bekanntlich unter dem Einfluss der chronischen Constipation entstehen und mit deren Beseitigung oft zur Heilung gebracht werden können. Letzteres ist aber entweder gar nicht oder nur in sehr unvollkommener Weise der Fall, wenn die erwähnten sekundären, d. h. von der primären Darmstörung abhängigen und dadurch unterhaltenen Krankheitssymptome als das primäre Grundleiden angesehen und demgemäss behandelt werden. Diese Erfahrungen, welche man häufig zu machen Gelegenheit hat, sind von so grundlegender Bedeutung und sind für das Wohl und Wehe der betreffenden Menschen geradezu entscheidend, dass man in all den Fällen, wo Krankheitszustände vorhanden sind, welche erfahrungsgemäss infolge von chronischer Koprostase entstehen können, es nicht verabsäumen sollte, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu prüfen, ob eine Koprostase nachweisbar ist oder nicht. Ich habe oben bereits (cf. S. 11 und 20) davon gesprochen, welches die wesentlichsten Anhaltspunkte sind, welche sich bei der Untersuchung des Stuhles für die Diagnose einer chronischen Constipation ergeben. Häufig wiederkehrende Kolikanfälle, besonders solche, die mit Störungen der Darmverdauung verbunden sind und welche sich über längere Zeit hinziehen, wie es gleichfalls oben (S. 28) geschildert wurde, legen den Verdacht nahe, dass es sich in dem konkreten Falle um eine chronische Constipation handeln dürfte. Dabei wird aber nicht zu vergessen sein, dass solche Kolikanfälle auch durch andere Krankheitszustände im Bauche entstehen können.

Es sei hier nur an die Cholelithiasis und die Nephrolithiasis erinnert, wobei gleichzeitig zu bemerken ist, dass neben beiden Krankheitszuständen und den dadurch herbeigeführten Kolikanfällen häufig nicht nur habituelle Stuhlträgheit, sondern auch sehr hartnäckige Koprostasen vorkommen. Es mag hier nochmals darauf hingewiesen werden, was bereits bei der Schilderung der die chronische

Constipation begleitenden Magenstörungen (s. S. 50 und flg.) hervorgehoben wurde, wie oft die vom Darm herrührenden Schmerzen auf den Magen bezogen werden. Es wird eine solche Annahme besonders dadurch bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich gemacht, dass die Schmerzen einen gewissen Parallelismus in ihrem zeitlichen Auftreten mit der Nahrungsaufnahme zeigen, was sich übrigens zwanglos im wesentlichen durch die damit Hand in Hand gehende Anregung der Darmperistaltik erklären dürfte. Man wird am besten in solchen schwieriger zu diagnostizierenden Fällen von chronischer Constipation zum Ziele kommen, wenn man das Abdomen der betreffenden Patienten einer genauen Untersuchung unterzieht. Ich habe die zu diesem Behufe zur Verfügung stehenden Methoden gerade mit Rücksicht auf die chronische Constipation gelegentlich der Besprechung der Symptome derselben oben auf Seite 43 einer eingehenderen Besprechung unterzogen, wonach es keinem Zweifel unterliegen dürfte, dass in dieser Beziehung die Palpation des Bauches die besten Dienste zu leisten vermag. Die von mir in die Praxis eingeführte *Tastpercussion*¹⁾ dürfte auch im allgemeinen für den vorliegenden Zweck bessere und zuverlässigere Ergebnisse liefern als die Schallpercussion. Beide kann man übrigens auch, wie ich gezeigt habe, in zweckmässiger Weise kombinieren.

Mit dem Nachweise, dass thatsächlich habituelle Stuhlträgheit bzw. Koprostase besteht, ist die Aufgabe der Diagnose nicht erschöpft. Es soll natürlich mit thunlichster Genauigkeit auch das ätiologische Moment festgestellt werden, weil dadurch natürlich, wie wir bei der Besprechung der Therapie sehen werden, dieselben in die richtigen Bahnen gelenkt wird. Es ist ohne weiteres klar und durchsichtig, dass diese Aufgabe in vielen Fällen gar nicht zu lösen ist. In einer grossen Reihe anderer Fälle bietet die Beantwortung dieser Frage grosse Schwierigkeiten. Man darf von vornherein

¹⁾ Ebstein. Die *Tastpercussion*. Stuttgart 1901.

auch nicht vergessen, dass nicht so selten bei demselben Patienten mehrere ätiologische Momente nebeneinander bestehen. Oft genug gesellen sich zu der ursprünglich vorhandenen Ursache der chronischen Constipation noch eins oder mehrere andere, welche das ursprünglich vorhandene oft sehr erheblich verschärfen. Für die ärztliche Praxis wird es in allererster Reihe darauf ankommen, ob die Ursache der habituellen Stuhlträgheit bezw. der chronischen Constipation sich beseitigen lässt oder nicht. Alsdann ist es kaum minder wichtig, festzustellen, ob die Ursache eine sogenannte gutartige oder eine bösartige ist. Es braucht kaum daran erinnert zu werden, dass trotz der Gutartigkeit des ätiologischen Moments für die Heilung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation doch die allergrössten Schwierigkeiten erwachsen können. Bei der grossen Zahl der diese beiden Krankheitszustände veranlassenden Ursachen und angesichts der zwischen diesen Ursachen möglichen unzähligen Kombinationen ist man durchaus ausser stande, dieselben auch nur in annähernder Vollständigkeit zu erörtern. Bei der Schilderung der allgemeinen Aetiologie der chronischen Stuhlverstopfung (S. 7 u. flgde.) sind die wesentlichsten dabei in Betracht zu ziehenden Gesichtspunkte auseinandergesetzt worden. Es wurde dort von vornherein betont, dass es lediglich der Zweck der vorliegenden Abhandlung sei, die auf der Grundlage der „habituellen“ Stuhlträgheit entstandene chronische Constipation zu behandeln. Jedoch ist schon bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen worden, wie schwer es ist, in dieser Beziehung eine scharfe Sonderung vorzunehmen. Der Leser, welcher die vorliegende Darstellung mit einiger Genauigkeit verfolgt hat, wird längst zu der Ueberzeugung gekommen sein, dass dies sogar durchaus unmöglich sei. Die Grenzen der infolge der habituellen Stuhlträgheit zustande gekommenen chronischen Constipation werden nämlich keineswegs scharf gezogen. Man rechnet gewöhnlich auch viele der Fälle von chronischer Constipation zu den durch habituelle Stuhlträgheit entstandenen, wo gewisse klar

zu Tage liegende anatomische Veränderungen die Darmträgheit entweder allein bedingen oder derselben doch wesentlich Vorschub leisten. Ich erinnere hier zunächst an die Fälle, wo durch die Diastase der Bauchmuskeln oder durch Dehnung der Bauchdecken infolge von Schwangerschaft u. s. w., oder durch Hernien u. s. w. die Entleerung des Darmes behindert wird. Dann kommen eine grosse Reihe von nicht sichtbaren, innerhalb der Bauchhöhle gelegenen Abnormitäten in Betracht, durch welche die Peristaltik des Darmes gestört wird, und welche sich entweder überhaupt nicht oder erst in vorgeschritteneren Stadien diagnostizieren lassen. Hierher gehören die angeborenen Lagerungsanomalien des Darms, deren oben (S. 40 u. flgde.) ausführlicher bereits gedacht worden ist. Ferner mögen die durch einzelne oder mehrere peritonitische Verwachsungen bedingten Bewegungshemmungen des Darms erwähnt werden. In solchen Fällen kann manchmal lediglich bei vorausgegangener Unterleibsentzündung mit der Möglichkeit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gerechnet werden. In einer anderen Gruppe von Fällen, bei den durch die sogenannten *Adhaesiones peritoneales inferiores* (siehe oben S. 47) veranlassten Störungen der Darmperistaltik weist der Schmerz auf die Diagnose hin. Bereits R. Virchow hat für „viscerale Neuralgien“ in Adhäsionen des Dickdarmes die wirksame anatomische Grundlage gefunden. Die diagnostischen Anhaltspunkte, welche uns in einer doch immerhin verhältnismässig grossen Zahl von Fällen die richtigen Wege weisen, sind von mir bereits oben gegeben worden. Die sachgemässe Diagnose führt uns dann auch hier bei der Erfolglosigkeit einer anderen Behandlung zu einer Erfolg versprechenden operativen Behandlung. Ich gedenke dann der Fälle, wo die habituelle Stuhlträgheit und die chronische Constipation infolge einer langsam entstehenden Verengung des Darmes sich entwickeln. Es kommt gar nicht so selten vor, dass langsam wachsende krebsige Veränderungen des Darmes für längere Zeit eine aus harmlosen Ursachen ent-

standene Koprostase vortäuschen können, bis es nach längerer oder kürzerer Zeit gelingt, den unheilvollen Zustand zu erkennen. In je vorgerückteren Lebensjahren sich die Symptome einer chronischen Constipation zu entwickeln beginnen, mit um so grösserem Argwohn wird man die Pathogenese derselben verfolgen müssen. Jedenfalls wird man der Wahrheit um so leichter auf die Spur kommen, je sorgfältiger neben einer sorgsamem Krankenuntersuchung, die sich keineswegs nur auf den Bauch zu beschränken hat, auch den anamnestischen Verhältnissen des betreffenden Individuums Rechnung trägt. Ist der ganze Dickdarm mit Kot stark angefüllt, so stellen sich der Untersuchung des Bauches im übrigen naturgemäss grosse Schwierigkeiten entgegen, welche erst nach ausgiebiger Evakuation des Dickdarmes zwar in sehr vielen Fällen, aber doch keineswegs stets überwunden werden können. Niemals darf bei der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation die Untersuchung des Rectums per anum unterlassen werden. Hierbei ist auch auf die von mir angegebene Untersuchung des Rectums von aussen, von der Fovea ischio rectalis sin. (cf. oben S. 34) Rücksicht zu nehmen.

VII. Prognose der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation und ihrer Folgezustände.

Die Prognose der chronischen Constipation hängt in erster Reihe von deren Ursachen ab. Je wirksamer diese Ursachen, natürlich in erster Reihe die habituelle Stuhlträgheit bekämpft, eventuell dauernd abgestellt werden können, um so günstiger gestaltet sich *ceteris paribus* die Vorhersage. Immerhin ist man bisweilen imstande, auch bei den ungünstigsten ätiologischen Momenten, wie z. B. bei krebsigen Stenosen des Darmes durch Bekämpfung der Constipation verhältnismässig gute Erfolge zu erzielen und die Leiden und Beschwerden der Kranken wesentlich zu erleichtern, bezw. ihr Leben bei einer der Sachlage entsprechenden Diät sogar erträglich zu gestalten. — Im allgemeinen darf angenommen werden, dass keine habituelle Stuhlträgheit und die im Gefolge derselben entstehende Constipation, auch wenn gar keine grobe makroskopisch sichtbare Veränderung derselben Vorschub leistet, von vornherein ein sicheres Urteil darüber gestattet, ob sie dauernd zu beseitigen sein werden. Auf der anderen Seite aber ist nach meinen Erfahrungen so viel sicher, dass eine zweckentsprechende, den individuellen Verhältnissen genau angepasste Behandlung sehr wohl imstande ist — abgesehen von den eben erwähnten krebsigen Stenosen des Darmes — bei so manchen anderen auf schwerer organischer Grundlage entstandenen Koprostasen immerhin dankens-

werte Ergebnisse zu erzielen. Dieselben pflegen um so besser auszufallen, je frühzeitiger eine solche Behandlung eingeleitet wird und je gründlicher sie geschieht. Was nun die die chronische Constipation komplicierenden, d. h. die von ihr abhängigen krankhaften Prozesse anlangt, so lässt sich auch in dieser Beziehung im allgemeinen nur so viel aussagen, dass dieselben in dem gleichen Masse sich zu bessern pflegen, als die Evakuation des Dickdarms fortschreitet. Dies gilt insbesondere von den Magen- und den funktionellen Herzstörungen, desgleichen auch von einer Reihe nervöser Symptome; in erster Reihe von den Neuralgien und den neuralgiformen Schmerzen. Die „intestinalen Hypochondrien“ können auch ganz ebenmässig mit dem Schwinden der chronischen Constipation rückgängig werden. In anderen Fällen hinkt die Besserung der nervösen Symptome mehr oder weniger erheblich nach. Es gilt dies, wie mir scheint, vornehmlich von den Fällen, bei denen noch andere ätiologische Momente für diese nervösen Symptome vorhanden sind. Ich will übrigens ausdrücklich bemerken, dass ich es in den meisten Fällen für durchaus verfrüht halte, von vornherein, d. h. beim oder kurz nach Beginn der Behandlung der chronischen Constipation oder gar noch früher eine abschliessende Prognose zu stellen. Dieselbe gestaltet sich meist erst im Verlaufe der Behandlung in bestimmterer Weise. Erst dann, wenn sich sicher feststellen lässt, dass die Therapie einen in jeder Beziehung stetig zunehmenden Erfolg hat, kann man wenigstens bei einer grossen Reihe von Fällen die in prognostischer Beziehung wichtigen Fragen mit grösserer Sicherheit beurteilen. Bei den vielfach sehr verwickelten Verhältnissen ist es jedenfalls klug, sich in den Aussprüchen, die man den Patienten gegenüber thut, einer vorsichtigen Zurückhaltung zu befleissigen, natürlich hier — wie überall — ohne den Kranken zu entmutigen. Es gehört grosse Erfahrung und grosser ärztlicher Takt dazu, in dieser Beziehung das Richtige zu treffen. Wie die Prognose der chronischen Constipation wesentlich von den die-

selbe veranlassenden Ursache abhängt, so auch vom Alter der betreffenden Individuen und zwar in erster Reihe wohl deswegen, weil das Alter natürlich eine grosse Rolle unter den die chronische Constipation veranlassenden und ihr Bestehen begünstigenden Momenten spielt. Im höheren Lebensalter überwiegen die Krankheitszustände, welche häufiger die prognostisch ungünstigen Ursachen der Koprostase zuwege bringen. Ausserdem büsst, je älter die Individuen werden, der Darm mehr und mehr an peristaltischer Kraft ein. Im frühesten Kindesalter liegt immer die Befürchtung nahe, dass die in dieser Zeit sich entwickelnden Koprostasen mit angeborenen Anomalien des Darms zusammenhängen, deren Reparation fast stets unmöglich ist und die oft genug in früheren Lebensjahren den Tod herbeiführen. Bei kräftigen Individuen in jungen Jahren, die an keiner anderweiten, sei es an einer allgemeinen sei es an einer lokalen Erkrankung leiden, pflegt die Prognose in der Regel am günstigsten sich zu gestalten. Je vollständiger die Evakuation des Darmes gelingt, um so besser sind die Aussichten für die Zukunft. Ferner ist das Gleiche zu erwarten, wenn es möglich ist, die die chronische Constipation unterhaltenden Ursachen dauernd zu beseitigen. Dies kann in gewissen Fällen nur auf operativem Wege gelingen, so z. B. durch Entfernung des Wurmfortsatzes, nach Fixierung einer Wanderniere u. s. w. Jedenfalls ist durch diese Bemerkungen wohl soviel klar geworden, dass bei der Prognose der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation in jedem Falle sehr viele Dinge in Betracht zu ziehen sind. Je mehr von denselben sich der Erkenntnis entziehen, um so mehr bleibt die Prognose unsicher.

VIII. Behandlung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung.

Es ist wiederholt davon die Rede gewesen, dass es sich in dieser Arbeit in erster Reihe um die unter dem Einfluss der habituellen Stuhlträgheit entstehende chronische Constipation handelt. Es muss bei der Behandlung der letzteren jedenfalls mit der habituellen Stuhlträgheit, d. i. mit einer solchen, welche durch den *modus vivendi* die gesamte Lebensweise der betreffenden Individuen herbeigeführt wird, gerechnet werden. Abgesehen von dieser Deutung der „habituellen“ Stuhlträgheit, welche sich an die in Heyses Fremdwörterbuch gegebene Erklärung des Begriffes „habituelle Krankheit“ als eine durch körperliches Verhalten, durch gewöhnliche Lebensweise herbeigeführte Krankheit“ anschliesst, wird man sich klar machen müssen, dass das Wort: „Habitus“ doch noch eine weitergehende Bedeutung hat. Blancard (l. c.) hält das Wort „habitus“ für synonym mit „hexis“ von „ἕξις“ habeo und definiert es als die Gestalt des Leibes, *disposition du corps, habitude of body*. Danach wird bei dem Begriff der habituellen Stuhlträgheit zum mindesten nicht allein mit den Lebensgewohnheiten der betreffenden Individuen, sondern auch mit ihrer gesamten Leibesbeschaffenheit, insbesondere vielleicht auch mit dem Habitus ihres Darmes zu rechnen sein. Dass die Beschaffenheit des Darmes eine erhebliche Rolle bei seiner Funktion spielt, ist bei diesem Körperteil ebenso selbstverständlich wie bei allen Organen

unseres Körpers. Mit diesen beiden Faktoren: 1. Beschaffenheit, — angeborene und erworbene, — des ganzen Körpers und speziell auch des Darms und 2. Lebensweise und Lebensgewohnheiten der betreffenden Individuen wird von allen denen sorgsam gerechnet werden müssen, welche die chronische Constipation mit Erfolg behandeln wollen. Es ist nämlich unter allen Umständen nicht ausser acht zu lassen, dass jedenfalls die habituelle Stuhlträgheit die Vorbedingung für die chronische Stuhlverstopfung ist. Es ist aber auch früher schon hervorgehoben worden, dass es, abgesehen von den an dieser „habituellen“ Stuhlträgheit leidenden Individuen eine grosse Zahl von Menschen giebt, bei welchen teils neben diesen beiden Faktoren teils ganz allein eine oder mehrere andere Ursachen wirksam sind, wodurch wir veranlasst werden, die Stuhlträgheit nicht als einen vollständig oder mehr oder weniger selbständigen, sondern als einen lediglich symptomatischen Krankheitszustand aufzufassen. Wir können aus den vorhergehenden Kapiteln zur Genüge entnehmen, dass wir die hier wirksamen primären Krankheitsprocesse während des Lebens oft genug teils gar nicht, teils nicht mit genügender Sicherheit erkennen können. Unter diesen Umständen ist eine kausale Therapie natürlich unmöglich. Nur in den Fällen, wo dies möglich ist, kann man die Beseitigung der Krankheitsursache ins Auge fassen. Freilich versagt hier häufig unsere Kunst. In diesem Falle und wo wir die primären Krankheitsursachen nicht ermitteln können, sind wir, wie so häufig bei unseren therapeutischen Bemühungen auf eine symptomatische Behandlung angewiesen. Während derselben klärt sich noch manche ätiologische Frage und die Therapie kann selbst dann noch in einer Reihe von Fällen daraus Nutzen ziehen. Die ätiologische Frage darf daher niemals aus dem Auge gelassen werden. Die Ermittlung dieser Verhältnisse gehört häufig zu den schwersten Aufgaben der Diagnostik. Gelingt es uns, sie zu lösen, so kann eine kausale Behandlung — wofern die Ursachen überhaupt heilbar sind — nicht selten glänzende Ergebnisse er-

zielen. Wir wenden uns nach diesen Vorbemerkungen unserer eigentlichen Aufgabe zu.

Die erste Aufgabe bei der Bekämpfung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Stuhlverstopfung ist, wie bei der Bekämpfung aller übrigen Krankheitszustände, die Prophylaxe, welche nach den eben gemachten Ausführungen in dem vorliegenden Falle darin besteht, dass man die habituelle Stuhlträgheit beseitigt. Gelingt uns dies, so verhüten wir die Entwicklung der chronischen Stuhlverstopfung und der Koprostase.

Die Vorbedingung für die Entstehung und für die Weiterentwicklung der habituellen Stuhlträgheit ist eine durch angeborene oder erworbene Schwäche oder nicht entsprechende Lebensweise oder durch beide herbeigeführte verlangsamte Peristaltik des Darms. Bei den primären Formen dieser habituellen Darmträgheit existieren keinerlei andere ätiologische Momente. Es ist also selbstverständlich, dass sie bei der Prophylaxe dieser Krankheitszustände eine grundlegende Bedeutung beanspruchen. Es darf vorausgesetzt werden, dass die Leistungsfähigkeit der Darmmuskulatur von Haus aus bei den verschiedenen Individuen keine gleich grosse ist. Ob dies im konkreten Falle allein oder vorzugsweise durch eine mangelhafte Erregbarkeit der Nerven des Darms bzw. des Dickdarmes oder durch eine mangelhafte Entwicklung der Darmmuskulatur oder durch beides veranlasst werden kann, das dürfte sich im allgemeinen kaum sicher entscheiden lassen. Soviel ist jedenfalls sicher, dass es Individuen giebt, welche, ohne dass irgend ein gröberer anatomischer Mangel nachzuweisen ist, bei einer Lebensweise, welche bei anderen Individuen *ceteris paribus* keinerlei Darmstörungen veranlasst, an einer ausgesprochenen Darmträgheit leiden. Solche Zustände dürften erblich sein. Es giebt nämlich Familien, bei denen eine angeborene Anlage zur habituellen Stuhlträgheit und zur chronischen Stuhlverstopfung bereits in der frühesten Kindheit besteht. Diese angeborene habituelle Stuhlträgheit ist nach meinen Erfahrungen keineswegs selten und veran-

lasst relativ oft schon im frühen Kindesalter, wie bereits oben gelegentlich der Besprechung der Aetiologie der chronischen Stuhlverstopfung (S. 7 und folgende) hervorgehoben wurde, chronische Constipation. Die Frage, ob und inwieweit im konkreten Falle angeborene Anomalien der grob anatomischen Verhältnisse des Darmkanals hierbei mitwirken, und in welcher Weise ihnen zu begegnen sei, muss in jedem Falle erwogen werden. Zunächst soll hier einiges für die ärztliche Praxis besonders Wichtige aus der speciellen Aetiologie der habituellen Darmträgheit und deren Folgezuständen erwähnt werden. Hierbei soll darauf Rücksicht genommen werden, inwieweit durch eine entsprechende Lebensweise diesen ätiologischen Momenten entgegengearbeitet werden kann. Von einer ausschlaggebenden Bedeutung ist natürlich auch beim Kinde die geeignete Ernährung betreffs Qualität und Quantität der Nahrungsmittel. Beides muss der Leistungsfähigkeit des Dickdarms, der die für die Ernährung nicht zu verwertenden Reste eliminieren soll, angepasst werden. Ich führe hier einige Ratschläge an, welche der hervorragende Physiologe E. Brücke in seinem lehrreichen Büchlein: „Wie behütet man Leben und Gesundheit seiner Kinder?“¹⁾ betreffs der Regelung der Darmfunktion gegeben hat. Er rät, die Diät der Kinder so zu regulieren, dass sie täglich nur einmal Stuhlgang haben. Er warnt vor dem Verschlucken von Weinbeer-, Citronen-, Kirsch-, insbesondere von Pflaumenkernen, und zwar mit Rücksicht auf die schweren Störungen, welche dadurch entstehen können. Ich muss bei dieser Gelegenheit hinzufügen, dass aus diesen Gepflogenheiten, welche man bei Kindern nicht gar so selten antrifft, nicht allein akute, lebensgefährliche Erkrankungen entstehen können, sondern dass dadurch auch der habituellen Stuhlträgheit und damit der chronischen Constipation Vorschub geleistet wird. Während nun auf der einen Seite die Anhäufung von Kot infolge der Einführung von solchem Ballast vermieden werden soll, wo-

¹⁾ Wien und Leipzig 1892. 2. unveränderte Aufl.

mit weder die verdauende Thätigkeit noch die eliminierende Gewalt des Darmes nicht einmal beim kräftigen Erwachsenen, geschweige denn im Kindesalter fertig werden kann, wird auf der anderen Seite eine verständige Behandlung der habituellen Stuhlträgheit wie im allgemeinen, so auch besonders bei Kindern darin zu bestehen haben, dass man die peristaltische Kraft des Dickdarmes zu erhöhen sucht, indem man denselben in dieser Beziehung zwar langsam und dem betreffenden Individuum sorgfältig angepasst durch Uebung zu erziehen und für schwerere Aufgaben geschickt zu machen sucht. Gerade unter Bezugnahme auf diesen Punkt mag über den Genuss der Gemüse einiges gesagt werden. In der Regel werden Gemüse von den Kindern später vertragen werden als beispielsweise die zweckmässig zubereiteten Cerealien und auch das Fleisch. Da indes bekanntlich die Gemüse in der Kostordnung der Menschen aus mancherlei Gründen eine wichtige Rolle spielen, so empfiehlt es sich, dieselben doch den Kindern mit nicht sehr leistungsfähigem Darm zuerst versuchsweise, natürlich in kleinen Mengen und gehörig verkleinert mit der übrigen Nahrung zu reichen. Gelingt der Versuch nicht, stellt sich danach Stuhlträgheit ein, so muss man nichtsdestoweniger darauf zurückkommen, aber doch immer erst dann, wenn man sich durch die Untersuchung der Darmausleerungen davon überzeugt hat, dass der Darm diesen Aufgaben gewachsen ist. Da die Gemüse gute Fettträger sind, kann man durch gehörigen Fettzusatz die Stuhlträgheit meist günstig beeinflussen. Am meisten empfiehlt sich dazu gute Butter. Dieselbe gilt als gutes diätetisches Abführmittel bei der Constipation der Säuglinge und der Kinder, und ist neuerdings von H. Dörffler¹⁾ wieder empfohlen

¹⁾ Dörffler empfiehlt (Münchener medic. Wochenschr. 1900 No. 4) zur Beseitigung der Constipation der Flaschenkinder absolut frische und reine Butter. Im zweiten und dritten Monat erhalten sie davon früh und abends einen halben bis einen Kaffeelöffel voll. Ist normaler Stuhl erfolgt, so wird diese Dosis nur alle zwei Tage gegeben. In den nächsten beiden Monaten werden täglich zwei bis drei Kaffeelöffel voll gegeben;

worden. Kehren wir jetzt zu den Gemüsen zurück. Natürlich wird man bei der Auswahl derselben lediglich die sogenannten leichten zunächst in Anwendung ziehen. Richtig angewendet, haben diese Gemüse einen erziehlichen Einfluss auf den Darm. Seine Peristaltik wird gekräftigt. Sogenannte blähende Gemüse, d. h. solche, welche zu reichlicher Bildung von Darmgasen Veranlassung geben, sind überall bei der habituellen Darmträgheit vollkommen auszuschliessen. Einige Eigentümlichkeiten der Gemüse betreffs ihres Einflusses auf die Stuhlentleerung werden von Brücke besonders hervorgehoben. Spinat — auch solcher nach deutscher Art, ohne Blattstengel gekochter — wirkt bei manchen Kindern, und selbst noch bei manchen Erwachsenen, indem er täglich eine oder zwei breiige Ausleerungen veranlasst, ohne weitere nachteilige Folgen herbeizuführen, als unschädliches Abführmittel. Gleiche Erfahrungen werden besonders oft mit dem Sauerkraut gemacht. Hülsenfrüchte sollen Kindern unter vier Jahren nur in durchgeriebenem Zustande gereicht werden. Jedenfalls sind Gemüse auch für die Ernährung der Kinder nützlich. Durch sie gelingt es nämlich auch, in die Kost derselben die erforderliche Abwechslung zu bringen. Die in den Gemüsen enthaltene Cellulose ist, in entsprechender Menge gegessen, häufig ein nützliches Mittel zur Anregung der Peristaltik des Darms. Diese Andeutungen mögen genügen. Alles absolut Unverdauliche ist ebenso wie bei Erwachsenen, so erst recht bei den Kindern zu vermeiden. Da letzteren die nötige Kritik fehlt, so ist auf dieselben in dieser Beziehung besonders darauf zu achten, dass sie beim Genuss von Kirschen nicht die Kerne verschlucken u. s. w., worauf bereits oben aufmerksam gemacht

ist der Stuhl geregelt, genügt es, diese Dosis alle zwei bis drei Tage zu verabreichen. Vom fünften Monat an giebt man alle zwei bis drei Tage einen bis drei Esslöffel. Der Stuhl erfolgt nach vier bis fünf Stunden, meist mühelos. Er ist breiig. Bei Magen- und Darmkatarrhen soll nach Dörffler keine Butter gegeben werden. Ich möchte hierzu bemerken, dass bei Magendyspepsien und andauernder Verstopfung die Butter mir keineswegs contraindicirt erscheint. Sie muss aber absolut gut sein.

wurde. Ich wiederhole dies, weil wir auch bei Erwachsenen denselben Fehlern begegnen, und zwar auch bei solchen, denen man nach ihrem Bildungsgrade bessere Einsicht zutrauen sollte. Der Hauptfehler, welcher am häufigsten begangen wird, liegt aber auch bei Erwachsenen in dem ungenügenden Kauen und in dem zu hastigen Essen. Bei Menschen, die Neigung zu habitueller Stuhlträgheit haben, straft sich das sehr bald. Auch die leicht verdaulichen Nahrungsmittel belasten, in zu grossen Bissen verschluckt, den Darm in ungebührlicher Weise. Ich beschränke die an habitueller Stuhlträgheit und chronischer Constipation leidenden Personen, die derartige schlechte Angewohnheiten haben, zunächst für einige Zeit auf breiige Kost, bis sie gelernt haben, wie sie essen, d. h. die Speisen zerkleinern sollen. Besonders gefährdet sind in dieser Beziehung die Individuen, welche infolge schlechten Gebisses nicht oder nur ungenügend kauen können. Man muss darauf halten, dass sie sich rechtzeitig ein leistungsfähiges künstliches Gebiss machen lassen. Ordentlich kauen, langsam essen, die Nahrungsmenge nicht ins Ungebührliche steigern und alles vermeiden, was durch die menschlichen Verdauungssäfte nicht in die Säftemasse aufnehmbar gemacht werden kann, ist für jedes Lebensalter und auch für die gesündesten Individuen notwendig. Hierin liegt eine wesentliche Prophylaxe gegen die habituelle Stuhlträgheit und gegen die chronische Constipation. Den individuellen Verhältnissen der betreffenden Individuen ist dabei auf das sorgsamste Rechnung zu tragen. Reichliche Wasserverluste, sei es infolge starker Schweissbildung (worauf wir noch zurückkommen werden), sei es durch vermehrte Harnausscheidung (cf. S. 88), ebenso aber auch verminderte Getränkezufuhr leisten der habituellen Darmträgheit wesentlich Vorschub. Es muss daher, ebenso wie bei Menschen, welche z. B. durch starkes Schwitzen reichlich Flüssigkeit verlieren, für dieselbe durch entsprechende Flüssigkeitszufuhr ein geeigneter Ersatz geschaffen wird, darauf gehalten werden, dass die betreffenden Individuen so viel trinken, wie es dem individuellen Körperbedürf-

nis entspricht. Die sogenannten „Durstkuren“ sind von allen, die an habitueller Darmträgheit überhaupt leiden, zu vermeiden. Nicht minder ist ferner darauf Rücksicht zu nehmen, dass dem Stuhlbedürfnis, sobald es sich einstellt, genügt wird. Die Kinder sind so zu erziehen, dass sie sich daran gewöhnen, dass dies täglich zu einer bestimmten Zeit geschieht. Sehr beherzigenswert ist, was in dieser Beziehung O. Kohlrausch¹⁾ sagt: „Ich habe alte und erfahrene Familienväter und Mütter gekannt, die neben anderen Erziehungsgrundsätzen es für eine goldene Regel erklärten, die Kinder von Jugend auf zur rechtzeitigen Befriedigung der Exkretionsbedürfnisse anzuhalten. Jedes Kind musste des Morgens zum Aborte, es mochte einzuwenden haben, was es wollte. Die Natur gewöhnt sich so leicht und so auch an die Regelmässigkeit in dieser Beziehung. Die Aerzte könnten manchem einen lebenslänglichen Arzneigebrauch ersparen, wenn sie auf solche Kleinigkeiten achteten und in den Familien, die sich ihrer Obhut anvertrauen, ein Wort zur rechten Zeit redeten.“ Geschieht dies nicht, so erweitert sich frühzeitig der Mastdarm durch die in ihm stagnierenden Kotmassen. Unzeitige Schamhaftigkeit bedingt auf diese Weise besonders bei Mädchen eine frühzeitig beginnende habituelle Stuhlträgheit und hartnäckige Koprostase.

Dies wären also die beiden wesentlichsten Dinge, welche bei der Prophylaxe der habituellen Stuhlträgheit beachtet werden müssen. Dass man die mannigfachen derselben Vorschub leistenden Momente rechtzeitig bekämpft, ist nicht minder wichtig. Durch die Sorge für die Erhaltung der Integrität der Bauchpresse, zweckentsprechende Behandlung der verschiedenen Krankheitsprozesse am Anus, welche die habituelle Stuhlträgheit begünstigen u. s. w., wird man unter Umständen in weitgehender Weise den betreffenden Individuen nützen können.

¹⁾ O. Kohlrausch. Zur Anatomie und Physiologie der Beckenorgane u. s. w. Leipzig 1854, S. 9.

Wir wenden uns jetzt zu der eigentlichen Behandlung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation. Die erstere ist, wie schon bemerkt wurde, die Vorbedingung für die letztere. Bei einer zweckmässigen Behandlung der habituellen Stuhlträgheit kann die Entwicklung der Koprostase gehemmt und verhindert werden. In beiden Fällen wird zunächst wenigstens eine mehr oder weniger unzureichende Stuhlentleerung vorhanden sein. Bei der habituellen Stuhlträgheit aber werden wir ausgedehnte Kotanhäufungen im Dickdarm vermissen. Chronische Koprostase und Stuhlträgheit gehen immer Hand in Hand. Es empfiehlt sich daher, hier zunächst die Behandlung der habituellen Stuhlträgheit zu besprechen.

Die Bekämpfung der habituellen Stuhlträgheit erfordert, so lange sie noch nicht zu ansehnlichen Kotanhäufungen im Dickdarm, also zur Koprostase in diesem Darmabschnitte — wo dieselbe allein zustande kommen kann — geführt hat, wofern eine geeignete Lebensweise und gewisse diätetische Massnahmen zu ihrer Beseitigung nicht genügen, die Anwendung von Abführmitteln. Auch solange die Koprostase keine chronische, hartnäckige und ausgedehnte geworden ist, erweisen sich die Abführmittel dabei gewöhnlich als mehr oder weniger wirksam. Sind die Kotmassen im Dickdarm hart und fest, so pflegen die Abführmittel zu versagen. Unter Abführmitteln verstehen wir diejenigen Drogen und Mineralwässer, welche Darmausleerungen herbeiführen. T. Lauder-Brunton¹⁾ unterscheidet dieselben je nach ihrer Natur in Laxantien, einfache, drastische und saline Purgantien, Hydragoga und Cholagoga. Natürlich müssen bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit alle die Ratschläge zunächst auf das strengste befolgt werden, welche bei der Prophylaxe besprochen wurden. Einige weitere die Lebensweise der zu Stuhlträgheit neigenden Individuen betreffenden Massnahmen

¹⁾ Th. Lauder-Brunton. Handbuch der allgemeinen Pharmakologie und Therapie. Deutsch von Zechmeister, Leipzig 1893. S. 434.

sollen gelegentlich der Besprechung der hierbei in Frage kommenden technischen Behandlungsmethoden erörtert werden. — Wir wenden uns zunächst zu den in Betracht kommenden Abführmitteln. Zuvörderst kann nicht nachdrücklich genug betont werden, dass man bei der Bekämpfung der habituellen Darmträgheit immer mit den Laxantien zu beginnen hat, d. h. mit denjenigen Abführmitteln, welche nur in leichtem Grade die Thätigkeit der Gedärme steigern und ohne Reizwirkung die Darmbewegungen häufiger und in kürzeren Zwischenräumen anregen. Es handelt sich hierbei keineswegs nur um Dinge, welche man in der Apotheke kauft. Die meisten Nahrungsmittel, welche eine grössere Menge unverdauter Reste hinterlassen, wirken als Laxantien, z. B. Hafermehl, schwarzes und Kleienbrot. Hierher gehören auch Feigen, Himbeeren und Erdbeeren, welche neben Zucker und Pflanzensäuren zahlreiche kleine, vollkommen unverdauliche Samenkörner enthalten, welche wahrscheinlich auch einen mechanischen Reiz auf die Darmschleimhaut ausüben. Bei dieser Gelegenheit mögen einige Bemerkungen über das von Graham¹⁾ befürwortete Brot, das sogen. Grahambrot, welches in der Naturheilkunde eine so grosse Rolle spielt, eingeschaltet werden. Dasselbe wird aus dem sogen. Ganzmehle gebacken, bei welchem die dicht unter der äusseren Hülse des Getreidekornes, die aus verkorkter und verholzter Cellulose besteht, liegende, mit ihr untrennbar verbundene, reichlich Kleber und Fett enthaltende Schicht erhalten bleibt. Wenn auch J. v. Liebig sich sehr zu Gunsten dieses kleienhaltigen Mehles ausgesprochen hat, so wird doch der aus seinem Eiweissreichtum erwachsende Vorteil durch die von ihm bewirkten Nachteile nicht nur sehr eingeschränkt, sondern vielleicht sogar gänzlich aufgehoben. Es werden nämlich aus dem aus solchem kleienreichen Mehle hergestellten Brote trotz seines grösseren Gehalts an Nahrungstoffen

¹⁾ S. Graham. Die Physiologie der Verdauung und Ernährung. Deutsch von Th. Hahn, Köthen 1880, S. 289.

weniger Nahrungsstoffe im Darm ausgezogen und für den Organismus nutzbar gemacht. Nun ist es freilich richtig — und deshalb hat man das Grahambrot als Mittel zur Anregung der Darmthätigkeit bei der habituellen Stuhlträgheit und auch bei der chronischen Stuhlverstopfung empfohlen — dass die im Grahambrot enthaltenen Kleienbestandteile einen Reiz auf die Darmschleimhaut ausüben, welcher seinerseits zunächst eine vermehrte Peristaltik erzeugt, wodurch eine schnellere und reichlichere Darmentleerung erfolgt. Indes ist nicht zu übersehen, dass die durch den andauernden Genuss von solchem kleienreichen Brot veranlasste Darmreizung die Darmperistaltik schädigt, indem der Reiz nicht nur dieselbe nicht mehr anregt, sondern sogar je länger je mehr eine Schwächung derselben bewirkt. Der normal lebende Mensch isst genügend Cellulose und braucht zur Anregung seiner Darmperistaltik des Reizes der in dem Grahambrot enthaltenen Kleie nicht. Es ist vielmehr eine bekannte Thatsache, dass die Menschen, welche wegen habitueller Darmträgheit Grahambrot essen, zwar anfänglich eine Besserung derselben erfahren, dass aber in absehbarer Zeit die Darmperistaltik träger wird als je zuvor ¹⁾. Als Heilmittel gegen die chronische Koprostase erweist sich das Grahambrot als vollkommen wirkungslos. Ueberhaupt sollten derartige Darmreize zur Bekämpfung der habituellen Stuhlträgheit vermieden werden. In die Reihe der Laxantien gehört auch der Schwefel. Auf die Bedeutung desselben bei der Behandlung der Koprostase werde ich bei der Besprechung der Therapie der infolge der chronischen Constipation auftretenden Ernährungsstörungen zurückkommen. Daraus dürfte sich ergeben, dass das Urteil, welches Penzoldt ²⁾ über den Schwefel abgibt: „Die alte innerliche Verordnung des Schwefels als Abführmittel ist überflüssig, da er vor den salinischen Abführmitteln minde-

¹⁾ cf. W. Ebstein. Ueber eiweissreiches Mehl und Brot u. s. w. Wiesbaden 1892, S. 11.

²⁾ Fr. Penzoldt. Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung. 3. Aufl. Jena 1892, S. 68.

stens keinen Vorzug hat“ doch wohl als ein für die ärztliche Praxis abschliessendes nicht angesehen werden kann. Noch weniger freilich kann ich mich mit der Angabe Liebreichs¹⁾ befriedigt erklären, dass Sulfur depuratum (gereinigte Schwefelblumen) für sich allein nicht abführend wirke und dass es als Zusatz zu Laxantien z. B. Pulvis liquiritiae compos. zu benutzen sei. Dagegen kann man sich mit Schmiedeberg²⁾ sehr wohl einverstanden erklären, wenn er den Schwefel zu den Abführmitteln rechnet, welche durch Verstärkung der Peristaltik des Darmes Stuhlentleerungen erzeugen, wobei die Fäcalmassen in weniger konsistentem Zustande und daher leichter den Mastdarm passieren. Der Schwefel verdient demnach den Vorzug vor den Abführmitteln, welche gewöhnlich flüssige Stühle bewirken, weil diese bei längerem Gebrauch die Ernährung der Kranken beeinträchtigen. Man könnte freilich auch solche gewöhnlich flüssige Ausleerungen bewirkende Abführmittel in Quantitäten verabreichen, welche nur breiige Ausleerungen bewirken. Indes ist eine solche Dosierung unsicher. Bei der Anwendung des sublimierten Schwefels ist die Sache insofern anders, als die Stärke seiner Wirkung, wie Schmiedeberg näher ausgeführt hat, bis zu einer gewissen Grenze von der angewandten Dosis unabhängig ist, indem die Umwandlung des Schwefels im Darmkanal in das wirksame Natriumsulphhydrat durch die dort vorhandene Alkalimenge beschränkt ist. Das Tamarindenmus (theelöffelweise), Aepfel und Pflaumen, als Mus oder gedämpft — Manna und Honig werden zu gleichem Zweck als milde Abführmittel häufig bei habitueller Stuhlträgheit gebraucht — und sind dabei besonders zwischen durch und abwechselnd gebraucht in vielen Fällen von nicht geringem Werte. Hier wäre auch der besonders von Moritz Traube empfohlene Milchzucker zu erwähnen. Es reihen

¹⁾ cf. Schwalbes Reichsmedizinalkalender f. 1901. Leipzig 1900, Seite 119.

²⁾ cf. Schmiedeberg, Grundriss der Arzneimittellehre. Leipzig 1883, S. 138.

sich hier eine grosse Zahl sogenannter Hausmittel an, welchen meist ein besonderer, auch wohl ein ausschliesslicher Erfolg zugeschrieben wird, wenn sie bei nüchternem Magen genommen werden; dahin gehören: das Trinken eines oder mehrerer Gläser frischen Brunnen- oder Mineralwassers (bes. gewöhnlicher oder alkalischer Säuerlinge) bei nüchternem Magen, vor dem Frühstück eine Cigarre oder eine Pfeife Tabak, oder beim Frühstück Butter im Kaffee u. s. w. Solche Behelfe werden — und wie man zugeben muss, — von vielen Menschen oft lange Zeit mit Erfolg benutzt, um täglich den sonst ausbleibenden Stuhlgang herbeizuführen. Die Zahl dieser Mittel ist eine so grosse, dass es ein durchaus nutzloses Beginnen wäre, zu versuchen sie sämtlich hier aufzuführen. Kommt der Stuhl einmal ins Stocken, so genügt oft eine kleine Modifikation, um die entstandene Störung wieder auszugleichen. Die Patienten brauchen deshalb mit Vorliebe nicht nur abends, sondern auch morgens nüchtern ein solches diätetisches Laxans. Mit Vorliebe nimmt man abends ein Schüsselchen Pflaumen- oder anderes Kompott, rohes Obst oder ein Glas Münchener Bier, während andere Menschen auf den Apfelwein schwören. Die meisten mit habitueller Stuhlträgheit Behafteten machen sich diese Hausmittelchen selbst zurecht, und wenn sie mit einem oder mehreren dieser kleinen Behelfe nicht zu dem sehnsüchtig erwünschten Stuhlgange kommen, dann wird meist von einem der üblichen Abführmittel gewöhnlich in Form von Thee oder Pillen Gebrauch gemacht. Auch diese Anwendungsweise geschieht meist ohne ärztlichen Beirat. Es giebt entweder ein altes Familienrecept oder, was für besonders wertvoll erachtet wird, ein Bekannter oder eine Bekannte — Frauen sind darin besonders entgegenkommend und erfahren, — empfehlen ein Mittel, womit sie bei sich selbst gute Erfolge erzielt haben wollen oder ein in der Zeitung angepriesenes Mittel wird bevorzugt oder ein Kurpfuscher versucht seine Kunst. Auf diese Weise wird die Sache oft dauernd verdorben. Die angewandten Mittel sind nämlich meist zu stark und der anfänglich blendende Erfolg

veranlasst die betreffenden Personen, solche Mittel über Gebühr lange und in zu grossen Dosen zu gebrauchen. Es ist kaum zu glauben, mit welcher Kritiklosigkeit sonst wohlunterrichtete und kluge Menschen in dieser Beziehung mit ihrem Körper wirtschaften (XIX). Aus naheliegenden Gründen ist es durchaus einleuchtend, dass der zu häufige Gebrauch von Abführmitteln die Darmmuskulatur schwächt, die Peristaltik verlangsamt und Stuhlträchtigkeit bezw. sogar Koprostase herbeiführt. Es handelt sich bei diesen Mitteln — und damit rechtfertigen sich die betreffenden Patienten gewöhnlich vor sich selbst — zum Teil wenigstens um Mittel, welche auch ärztlicherseits, freilich in rationeller Weise verordnet werden. Indes kommt es darauf nicht an, denn, abgesehen davon, dass die Heilmittel den individuellen Verhältnissen jedes einzelnen Falles angepasst werden müssen, muss zuvörderst dafür Sorge getragen werden, dass daneben das gesamte Regimen in angemessener Weise gestaltet wird. Hierzu sind nicht nur eine genaue Feststellung der Anamnese und eine genaue körperliche Untersuchung insbesondere des Bauches erforderlich, um auf dieser Grundlage thunlichst eine ätiologische Behandlung zu ermöglichen, welche dann eventuell durch eine entsprechende symptomatische erleichtert und gefördert werden kann. Die Untersuchung wird vornehmlich auch darüber Aufschluss zu geben haben, ob sich zu der Stuhlträchtigkeit bereits eine Koprostase gesellt hat. Erreichte dieselbe irgend welche nennenswerten Grade, so wird man die genaueren Feststellungen im allgemeinen nach den angegebenen diagnostischen Methoden ermitteln und die Therapie in der entsprechenden Weise modificieren können. Handelt es sich lediglich um eine habituelle Stuhlträchtigkeit, so wird der Arzt bestrebt sein müssen, die Peristaltik und zwar mit den mildesten zur Verfügung stehenden Mitteln anzuregen. Es ist dem Arzt, welcher doch mindestens ebenso gut wie jeder Laie mit den diätetischen und anderweiten die Darmthätigkeit anregenden Methoden Bescheid wissen muss, sehr oft möglich, unter ihnen wirksame Methoden zu finden

und die bereits im vollen Gange befindliche eingreifende medikamentöse Behandlung über Bord zu werfen. Wir werden bei der Besprechung der Behandlung der Koprostase darauf zurückzukommen haben.

Kann ich bei der Bekämpfung der habituellen Darmträgheit mit den erwähnten Mitteln nicht fertig werden, so beginne ich doch, auch wenn die Patienten vorher schon weit stärkere Abführmittel gebraucht haben, indem ich gleichzeitig die diätetischen, eventuell auch andere Massnahmen nachdrücklichst verordne, mit leichten Mitteln, unter denen ich besonders den Schwefel (*Sulfur depuratum*) in Verbindung mit Milchzucker bevorzuge. Ich lasse von dem beide Mittel zu gleichen Teilen enthaltenden Pulver, dem ich gern einige Tropfen *Ol. menth. piper.* zusetze, zwei- bis dreimal täglich in einem halben Glase Milch vor den Mahlzeiten gebrauchen. Moritz Schmidt (cf. oben S. 82) hat mit *Flor. sulf.* und *Sacchar. lactis ana* meist innerhalb 6 bis 12 Monaten sogar die Koprostase bei chlorotischen Mädchen dauernd beseitigt und damit auch die Anämie ohne weitere Mittel sich bessern sehen. Bei älteren Personen erweist sich das Pulver zur Besserung der Koprostase freilich häufig als unzureichend, indes bei einfacher chronischer Darmträgheit ist dasselbe für mich neben den erforderlichen das Regimen betreffenden Massnahmen stets eins der wirksamsten und einfachsten Mittel gewesen, welches milde wirkt und jedenfalls keine unangenehmen Reizerscheinungen seitens des Darms veranlasst. Abführmittel, welche ohne irgend welchen Reiz im Darm zu veranlassen wirksam sind, giebt es wohl nicht. Kleine Dosen *Ricinusöl*, welche gleich der *Magnesia usta* und der *Magnesia carbonica* als wertvolle Laxantien angesehen werden, halte ich für einen längeren Gebrauch, um welchen es sich doch bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit handelt, für nicht geeignet, so ausgezeichnete Dienste sie auch bei vorübergehender Anwendung haben mögen. Dasselbe gilt übrigens auch nach meinen Erfahrungen für den auch längere Zeit fortgesetzten Gebrauch der

salinischen Purgantien, insbesondere von dem der starken Bitterwässer, und das gleiche Urteil möchte ich auch über den stetigen Gebrauch des künstlichen und natürlichen Carlsbader Salzes als Mittel gegen die habituelle Stuhlträgheit aussprechen. Dagegen kommen hier die einfachen Purgantien in kleinen Dosen in Frage, welche dann wie die Laxantien wirken. Es handelt sich hier in erster Reihe um die Klasse organischer Abführmittel, von denen von einer Seite sogar behauptet worden ist, dass sie keine entzündlichen Nebenwirkungen haben. Das ist nicht richtig. Alle Abführmittel reizen den Darm, ob sie Entzündungen machen, hängt von der Dosis ab, in der sie verabreicht werden. Mit dieser Thatsache muss man auch bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit rechnen und in diesem Sinne kommen hier in Betracht die Aloë, die Frangula- und Sagra-rinde, die Fructus Rhamni cathartici, die Rad. Rhei sinensis und europaea, sowie endlich die Folia et Fructus Sennae. Tschirch¹⁾ (Bern) hat die sehr bemerkenswerte Thatsache gefunden, welche auch für die ärztliche Praxis vielleicht in nicht ferner Zeit eine nicht unerhebliche Bedeutung gewinnen dürfte, dass das aktive Princip dieser nicht drastisch wirkenden vegetabilischen Abführmittel auf Körpern beruht, welche chemisch nicht nur zusammengehörig sondern teilweise sogar miteinander identisch sind. Die hierbei in Betracht kommenden Körper sind vornehmlich die Oxymethylantrachinone: die Chrysophansäure und das Emodin. Da das letztere schon in einer Dosis von 0,1 beim Menschen abführend wirkt, was die Chrysophansäure erst bei 0,2 thut, kommt es hier zuerst in Frage²⁾. Das Aloë- und das Sennaemodin sind identisch,

¹⁾ A. Tschirch, Verhandl. d. Gesellsch. Deutsch. Naturforscher und Aerzte in München 1899. II. Teil, 2. Hälfte, S. 659. Derselbe, Correspond.-Blatt f. Schweizer Aerzte. Jahrgang XXX (1900), S. 56. Derselbe, S.-A. aus der Schweiz. Wochenschrift f. Chemie und Pharmacie 1900, No. 42.

²⁾ Herr Kollege Tschirch in Bern hat die grosse Güte gehabt, mir seinen ganzen derzeitigen Vorrat von Aloëmodin (0,5 g) zu über-
E b s t e i n , Stuhlverstopfung. 9

aber verschieden von den auch unter sich verschiedenen Emodinen des Rhabarbers und der Faulbaumrinde. Sämtliche Emodine aber sollen — und das ist von besonderem Interesse — nach Tschirchs Angabe sicher und ohne jede Nebenwirkung schmerzlos abführen, indem sie durch milde Reizung der sensiblen Nervenendigungen reflektorisch die Peristaltik anregen. In gleicher Weise wirken auch die Chrysophansäure und das Barbaloin. Neben den Emodinen finden sich in den genannten pflanzlichen Abführmitteln noch Stoffe, welche mit verdünnten Säuren Emodine abspalten, nämlich erstens im Rhabarber und in der Faulbaumrinde Glykoside, zweitens in der Aloë Aloïn, drittens in der Senna, in *Rhamnus cathartica* und Aloë die sich nur in Alkalien lösenden und beim Behandeln mit alkoholischem Kali, Oxyan-

lassen. Dasselbe ist von Dr. Oesterle nach der HCL-Methode aus Barbaloin dargestellt (cf. O. A. Oesterle, S.-A. a. d. Schweiz. Wochenschr. f. Chemie und Pharmacie 1900, No. 5). Das Emodin ist in Sodalösung leicht löslich. Herr Kollege Tschirch hebt in seiner gef. Zuschrift vom 5./7. 1901 hervor, dass in der Droge besonders die Glycoside, die Emodinester wirksam sind. Ich habe diese Probe von Aloëmodin in Einzeldosen von 0,1 verwandt. In drei Fällen trat prompte und schmerzlose Wirkung ein, in einem Falle war die Wirkung von Beschwerden begleitet, welche indes durch die — vielleicht zufällig — nach der Emodinarrreichung sich entwickelnde ziemlich starke Bauchtympanie bedingt war. In einem Falle von besonders hochgradiger Koprostase blieb 0,1 Aloëmodin ganz wirkungslos. In allen diesen Fällen handelte es sich übrigens um Kranke, die an recht hartnäckiger *Constipatio chronica* litten. Für die ärztliche Praxis kommt zunächst dieses noch sehr kostspielige Präparat freilich wohl kaum in Frage. Herr Kollege Tschirch nimmt aber an, dass das Präparat billig werden wird, wenn erst einmal eine Methode gefunden sein wird, Aloïn nahezu quantitativ in Emodin überzuführen. Wenn wir auch dann keineswegs erwarten dürfen, in dem Emodin nicht nur ein absolut reizloses, sondern auch ein nie versagendes und unter allen Umständen wirkendes Abführmittel zu finden, — ein solches wird immer ein frommer Wunsch bleiben — so zweifle ich nach den allerdings wegen des so geringfügigen Arzneimaterials sehr spärlichen Versuchen nicht daran, dass wir in dem Emodin ein sehr verwendbares Präparat gewinnen werden. Meine Versuche, das Emodin aus chemischen Fabriken zu erhalten, sind leider gescheitert.

thrachinone absplaltenden Nigrine. Diese gepaarten Verbindungen, welche im Darm zerlegt werden, sollen nach Tschirch infolge der nur langsamen Abspaltung der Oxyanthrachinone von den Nigrinen die verhältnismässig langandauernde Wirkung der Abführmittel dieser Gruppe erklären. Man darf einige unangenehme Nebenwirkungen nicht übersehen, welche einigen der pflanzlichen Abführmittel, aus denen die Emodine gewonnen werden können, anhaften und welche bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit vielfach störend sind. Es wird nämlich beobachtet, dass der Gebrauch der Aloë, besonders wenn sie in grossen Gaben verordnet wird, Tenesmus, Nierenkongestionen und Hämorrhoidalblutungen veranlasst. Welche in der Aloë enthaltenen Körper dies verschulden, ist nicht bekannt und man kennt auch kein Mittel diese Körper in der Aloë zu zerstören, um dadurch diese unangenehmen Nebenwirkungen zu verhüten. Besser steht es in dieser Beziehung mit der Faulbaumrinde und der Senna. In ersterer lässt sich der Erbrechen veranlassende Begleitkörper sowohl durch längeres Lagern der Rinde als auch durch Erhitzen derselben auf 100 Grad zerstören. Bei der Senna lässt sich der die Leibscherzen und den Ekel erzeugende, sich wie eine harzartige Substanz verhaltende Körper dadurch unschädlich machen, dass man die Senna mit kaltem Wasser extrahiert, in welches er nicht übergeht. Wir ersehen aus diesen Betrachtungen, dass in den genannten, von den Aerzten zu meist gebrauchten pflanzlichen Abführmitteln ein grosser Teil der Wirkung von dem in ihnen enthaltenen Emodin abhängt und dass die meisten der einzelnen dieser Drogen anhaftenden Nebenwirkungen durch geeignete Präparationsmethoden entfernt werden können. Welche von den genannten Drogen nun am zweckmässigsten für die Behandlung der habituellen Stuhlträgheit ist, lässt sich absolut sicher nicht feststellen. Es lässt sich aber nicht leugnen, dass jedes dieser Mittel unter den Aerzten und Patienten seine Ver ehrer hat. Die allgemeinen Principien, bei deren Befolgung

ich am weitesten gekommen bin, sind folgende. Es ist nötig, einen Wechsel der einzelnen Abführmittel, bezw. ihrer Präparate eintreten zu lassen, sobald das im Gebrauch befindliche in seiner Wirkung nachzulassen anfängt. Mit der Einzelgabe der in Gebrauch befindlichen Präparate rasch zu steigen, empfiehlt sich nicht, dagegen nützt es oft, wenn ein anderes Präparat derselben Droge in gleicher Stärke in Anwendung gezogen wird. Ich habe immer solche Präparate gewählt, welche eine unangenehme Nebenwirkung nicht haben und habe bei Dosen beharrt, welche auch bei längerem Gebrauch keinerlei heftigere Reizerscheinungen veranlassen. Als ein solches ist anscheinend das von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. in den Handel gebrachte Anthrapurpurindiacetat anzuführen, welches früher den Namen „Purgatol“ führte, neuerdings aber als Purgatin (Knoll) bezeichnet wird. Der wesentliche Vorzug dieser Substanz vor den meisten anderen Abführmitteln ist, dass ihr Gebrauch den Patienten keinerlei Beschwerden macht. Ich habe das Mittel sowohl in der hiesigen medicinischen Klinik, als auch in der hiesigen Privatklinik vielfach angewandt. Mit Dosen von 0,5 g habe ich bei keinem meiner Versuche eine abführende Wirkung erzielt. Dieselbe ist auch unsicher und bleibt gar nicht selten bei Dosen von 1,0 g aus. Wir haben daher hier in der medicinischen Klinik fast ausnahmslos mit Dosen von 2,0 g gearbeitet. Damit sind fast stets befriedigende, mehrfach ausserordentlich reichliche, immer breiige Stuhlausleerungen erzielt worden. Absolut sicher ist auch bei Dosen von 2,0 die abführende Wirkung durchaus nicht. Das Mittel kann auch bei dieser Dosis, sogar bei seiner ersten Darreichung, wo also jede Gewöhnung ausgeschlossen ist, völlig versagen. Das Mittel ist geschmacklos und ist bequem zu nehmen. Da das in den Harn übergehende Purgatin denselben rot färbt — die Harnorgane erfahren dabei keinerlei Reizung — und die Wäsche dabei leicht fleckig wird, so habe ich freilich nur von Damen und besonders von solchen, welche von dem Mittel keine gute Wirkung hatten, dasselbe

bemängeln hören. Nichtsdestoweniger halte ich das Purgatin, über welches noch weitere Erfahrungen zu sammeln sind, für eine Bereicherung des Arzneischatzes¹⁾. Ich habe das Mittel nur bei sehr schweren und hartnäckigen Koprostasen benutzt und die Misserfolge beziehen sich gerade auf sehr schlimme derartige Fälle.

Ich liebe im allgemeinen die aus mehreren abführenden Mitteln zusammengesetzten Mixturen, Pulver, Tinkturen und Pillen nicht. Auch die meisten anderen Aerzte scheinen sich jetzt dem Gebrauche einfacher, nicht derartig zusammengesetzter Abführmittel zuzuneigen. Sie waren früher sehr beliebt und wir besitzen viele solche Magistralformeln aus alter Zeit. Ich meide diese Mittel bei der habituellen Stuhlträgheit und bei der Koprostase insbesondere auch deshalb, weil sie u. a. gewöhnlich drastisch wirkende Mittel enthalten. Indessen führe ich hier einiger solcher viel gebrauchte Rezeptformeln an. 1. Die *Pilulae aperitivae Stahlii*: Extr. Aloës 6,0, Extract. Rhei comp. 3,0, Extr. Colocynt. comp. Ferr. pulv. aa 1,5, M. f. pil. 100. Consp. Lycopod. D. S. Nach Bedürfnis 1—2—3 Pillen zu nehmen. 2. Heims Abführpillen: Extr. Aloës Acid. sulfur. corr. 2,0, Pulver. Tub. Jalap. 0,5, M. f. l. a. pil. 20. Consp. Lycop. Da in vitro bene clauso. S. Abends 1—3 Pillen. Ich füge diesen beiden älteren Rezeptformeln noch zwei Vorschriften für die Herstellung von den jetzt auch in Deutschland viel benutzten „Tabloids“ bei. Nach diesen Vorschriften werden diese Arzneiformen von der bekannten Londoner Firma Burroughs Wellcome & Co. fabrikmässig hergestellt. Es handelt sich hier um die beiden Podophyllin „Tabloids“, nämlich a) „Tabloid“ Podophyll. compos.: Podophyllum 0,01, Massa Pilularum Rhei comp. 0,16, Extr. hyoscyami 0,08 S. 1—3 nach der Mahlzeit oder beim Schlafengehen. b) „Tabloid“ laxativum vegetabile: Podophyllin. 0,016, Leptandrinum

¹⁾ cf. E. Stadelmann, Deutsche Aerzte-Zeitung, Heft 10, Mai 1901 und C. A. Ewald, Therapie der Gegenwart, Mai 1901.

0,032, Extr. hyoscyami 0,016, Extr. Taraxaci 0,016, Extr. Colocynth. comp. 0,065, Extr. Jalapae 0,032, Ol. menth. piperitae. (Verzuckert.) 1—3 als Laxiermittel beim Schlafengehen; bei chronischer Verstopfung je 1 Stück zwei- bis dreimal täglich nach der Mahlzeit. — Dass diese Medikamente wirksam sind, ist nicht in Abrede zu stellen. Dass ihnen aber ein wirklicher Vorzug vor den anderen oben genannten Mitteln zukäme, kann ich nicht sagen. Wenn sie entsprechend ihrer Zusammensetzung auch anfangs stärker abführen, so erschöpft sich doch sehr oft schnell die Wirkung der anfänglich ausreichenden Dosen. Es muss dann eine Steigerung der Dosis eintreten, und damit ist eine abschüssige Bahn beschritten. Schliesslich wirken auch grosse Gaben nicht mehr. Alle Aerzte dürften sich betreffs der medikamentösen Behandlung der habituellen Stuhlträgheit mit A. Příbram¹⁾ darin einverstanden erklären, dass es sich in allen Fällen, wo es sich um eine dauernde, öfters zu wiederholende Anregung des Darms zu kräftiger Fortbewegung und Austreibung seines Inhalts handelt, die Entleerung desselben nichtsdestoweniger nicht zu schnell erfolgen darf, dass die Ausnützung der Nahrungsstoffe dabei beeinträchtigt wird. Dem Körper sollen nicht ungehörige Mengen von Wasser, Eiweiss und Salzen entzogen werden. Es soll ferner keine Erschlaffung des Darmrohres mit Stuhlträgheit die Folge sein, aber es soll auch weder eine katarrhalische Reizung der Darmschleimhaut veranlassen, noch darf Schmerz erzeugt werden. Die Stuhlgänge sollen den Kranken auch nicht in seiner gewohnten Beschäftigung stören und dürfen den Schlaf nicht beeinträchtigen. Příbram glaubt, dass der Gebrauch mässiger Gaben von Rheum zur Erreichung dieses Zieles am zweckmässigsten sei. Er empfiehlt in Zwischenräumen von vier Stunden je 15—20 Centigramm Pulvis Rhei zu verabreichen. Nach der zweiten oder der dritten Dosis erfolgt dann eine breiige und schmerzlose Ausleerung. Giebt man weiterhin

¹⁾ Příbram, A. Grundzüge der Therapie. Berlin-Prag 1895. S. 72.

dreimal täglich etwa je 15 Centigr. Rheum pro dosi und setzt dann die Dosis auf nur ein Decigramm pro dosi u. s. w. herab, so wird man in solchen Fällen von habitueller Stuhlverstopfung eine allmähliche Wiederkehr der normalen austreibenden Kraft des Darms eintreten sehen, so dass immer kleinere Gaben für den Zweck hinreichen, bis endlich der an Ordnung gewöhnte Darm auch ohne das Medikament seine Schuldigkeit thut. Dass diese Methode dies nichtsdestoweniger nicht immer zu leisten vermag, erkennt Pribram an, indem er in den Fällen, wo man nicht mit Rheum auskommt, ein gutes Podophyllin in Gaben von je 12 Milligr. pro dosi etwa zweimal täglich als ein vortreffliches Abführmittel empfiehlt. Es giebt eben, wie die Erfahrung lehrt, verschiedene Wege, welche gleich gut zum Ziele führen. Wir haben also nicht nötig, uns auf ein Medikament zu beschränken. Die allgemeinen Grundsätze, welche unter allen Umständen einzuhalten sind, wofern nicht gewichtige Gründe dagegen sprechen, habe ich bereits auseinandergesetzt. Uebrigens ist streng zu individualisieren und die Schablone zu meiden. Von den in Rede stehenden Abführmitteln erfreut sich die *Cascara sagrada* einer zunehmenden Beliebtheit, worauf sich schliessen lässt, dass dies im Anfang der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts nach Deutschland gekommene Medikament keineswegs Modesache ist. Die Firma Davis, Parke & Co. in Detroit und New-York hat das Medikament zuerst in den Handel gebracht. Die von dieser Firma hergestellte Tinktur dieses Mittels bewirkt schon in der Dosis von je ein bis zwei Theelöffel zwei- bis dreimal täglich ganz normale oder breiige Stühle. Die *Pharmak. Germanica* edit. III 1893 verfügt über ein gleich häufig zu gebrauchendes Fluidextrakt, welches in Einzeldosen von je ein bis vier Theelöffel verordnet wird. Der von J. P. Liebe hergestellte *Sagradawein* (*Vinum Sagradae genuinum „Liebe“*) wird gleich häufig, und zwar in Dosen von je einem Kaffeelöffel

¹⁾ Cf. H. Senator. Berliner klinische Wochenschrift 1885 No. 1.

für Erwachsene und je einem halben Kaffeelöffel für Kinder gebraucht. Die bekannte Londoner Firma Burroughs Wellcome & Co. stellt 0,15 Extractum Cascarae sagradae enthaltende Tabloids her. Alle diese Präparate erweisen sich ebenso wie die unter dem Namen „Cascarine Leprince“ im Handel befindlichen Pillen, um nur einige Beispiele hier anzuführen, als durchaus zweckmässige Mittel bei der medikamentösen Behandlung der habituellen Stuhlträgheit. Ich habe wiederholt gesehen, dass beim Nachlassen der Wirkung eines dieser Präparate der Cascara durch die entsprechende Dosis eines anderen die Wirkung wieder besser wurde. Auf diese Weise kann man ohne eine Steigerung der Dosis oft lange Zeit gut auskommen. Dies ist mit den anderen der genannten pflanzlichen Purgantien nicht anders. Freilich kommt die Zeit, wo diese und überhaupt alle Abführmittel versagen. Dieser Zeitpunkt tritt gar nicht selten recht bald ein, oft um so früher, je rascher und je mehr die Dosis der betreffenden Mittel gesteigert wird und je stärkere Abführmittel von den betreffenden Individuen in Anwendung gezogen werden. Eine der häufigsten Ursachen aber, unter deren Einfluss sich die genannten Abführmittel als unzureichend erweisen, ist die mit hartnäckiger und chronischer Koprostase sich vergesellschaftende habituelle Stuhlträgheit. Es giebt hier nämlich Fälle genug, bei denen selbst die stärksten drastisch wirkenden Abführmittel sich als durchaus unzureichend erweisen. Im Gegenteil, wir sehen oft, dass der Darm um so widerspenstiger wird, je mehr er durch starke Abführmittel gereizt wird. Wir beobachten unter diesen Umständen gar nicht selten, dass ein so maltraitierter und infolgedessen absolut streikender Darm wieder verhältnismässig leistungsfähig wird, wenn man zu milderer Mitteln zurückkehrt. Indessen wäre es sehr verfehlt, wenn man erwarten wollte, dass der Darm unter solchen Verhältnissen sich so weit ermannt, um mit alten, hartnäckigen Kotstauungen im Dickdarm fertig zu werden. Bei solchen Patienten können wir die Klysmen nicht entbehren.

Ich schalte einige orientierende Bemerkungen über die Geschichte der Klysmen ein.

Die Klystiere sind seit uralten Zeiten in Gebrauch. Sie sind von den alten Aegyptern bereits sehr oft benutzt worden. Sie schrieben die Entdeckung der Klystiere dem Ibis, ihrem heiligen Vogel zu, welcher sich mit seinem Schnabel Wasser in den Darm gespritzt haben soll. Indes hat man diese Legende dahin gedeutet, dass hier eine Verwechslung mit dem König Thot vorliege, dessen Name auch mit dem hieroglyphischen Bilde des Vogels Ibis bezeichnet wird. Danach wäre Thot der Erfinder der Klystiere gewesen¹⁾. Wir finden aber auch positivere Angaben über den Gebrauch der Klystiere bei den alten Aegyptern²⁾. Bei Hippokrates werden über die Anwendung der Klystiere genauere Mitteilungen gemacht³⁾. Wir finden hier eine Aufzählung der Krankheits-

¹⁾ Litteratur s. in A. Delpeuch, *histoire des maladies. La goutte et le Rhumatisme*. Paris 1900, pag. 97. (Cicero de natura Deorum III, 22 bemerkt wegen der „Abführmittel“ im allgemeinen: „Aesculapus purgationem alvi primus invenit“).

²⁾ In der ägyptischen Medizin haben im Altertum wie noch in der Gegenwart Brech- und Abführmittel (mit Einschluss der Klysmen) eine grosse Rolle gespielt. So berichtet Herodot II, 77 von den Aegyptern seiner Zeit, dass sie „in jedem Monat drei Tage hintereinander purgierten, indem sie durch Brechmittel und Klystiere die Gesundheit zu gewinnen suchten, denn sie glaubten, dass sich die Menschen alle Krankheiten durch die Ernährung zuzögen“. Auch in der grossen Rezeptsammlung des Papyrus Ebers, welche etwa 1000 Jahre vor Herodot kompiliert worden ist, nehmen Brech- und Abführmittel einen breiten Platz ein. In letzterer Hinsicht sind Salz, Weihrauch, Milch, Honig, süsses Bier und Oel (zweimal 31/17. 93|11) abgesehen von anderen noch nicht identifizierten Ingredienzen die Bestandteile, aus welchen in der verschiedensten Verbindung ein ägyptisches Klystier zusammengesetzt ist. Der term. techn. seiner Anwendung lautet allgemein genug *wth m phwj* „in den After giessen“. Was wir sonst aus sehr späten Quellen über das ägyptische Klystier wissen, hat Wiedemann (Herodots zweites Buch S. 324) zusammengestellt. (Die vorstehenden Mitteilungen verdanke ich der Güte des Herrn Prof. Dr. Wilhelm Spiegelberg in Strassburg i. E.).

³⁾ Otto Seidenschnur, *de Hippokratris methodo alvum purgandi*. Leipziger Inauguraldissertation 1843.

zustände, bei denen die Klystiere Anwendung finden sollen. Es mag hier nur bemerkt werden, dass die Klystiere auch ganz allgemein gegen Schmerzen und andere Beschwerden empfohlen werden. Verschiedene Bezeichnungen sind bei Hippokrates für die Klystiere in Gebrauch¹⁾. Die Klystiere hielt man für die mildesten Abführmittel. Sie galten als ein diätetisches Volksmittel. Man wandte sie angesichts der Befürchtung an, dass innerlich genommene Abführmittel von einem schwächeren Kranken schlechter ertragen würden. Beim Beginn akuter Krankheiten sollte ausser Klystieren kein anderes Abführmittel in Anwendung gezogen werden. Die Klystiere werden nämlich bei allen Krankheiten als das passendste Mittel erachtet; man glaubte, dass nur bei kräftigeren Kranken und bei Krankheiten, wo Klystiere nicht passlich erschienen, innerlich gegebene Abführmittel vorzuziehen seien. Hippokrates wandte nur weiche Klystiere an, d. h. solche, die entweder aus Milch oder aus mit Hilfe erweichender Kräuter bereiteten warmen und fetten Infusen bereitet wurden. Ferner gab es auch Klystiere, welche aus Abkochungen von Erbsen oder anderen Hülsenfrüchten hergestellt wurden. Man gebrauchte aber auch kalte Klystiere. Sie scheinen von Hippokrates nicht selten in Anwendung gezogen worden zu sein, besonders, um in sehr akuten Krankheiten abzukühlen.

Als noch milderes Mittel werden die Stuhlzäpfchen (glans suppositoria, *βαλαρος*) empfohlen. Sie kommen besonders bei noch schwächeren Kranken in Betracht. Nur an einer Stelle wird eines aus einem Honigcylinder bestehenden und an einem Ende mit Ochsen-galle bestrichenen Suppositorium Erwähnung gethan. In den anderen Büchern des Corpus Hippocraticum werden auch aus drastischen Dekokten hergestellte Klystiere erwähnt, welche gleichzeitig mit innerlich gereichten, abführenden Mitteln verabreicht werden sollen.

¹⁾ κλύσμοι, κατακλύσματα, κατεγγχειν (την καιλιην), λυειν, ὑπολυειν, ὑποκλύσαι.

Hierher gehören: *Euphorbium cyparissias*, *Colocynthis silvestris*, *Bryonia* etc. Salz und Nitrum (*νιτρον*, natrum nativum) wurden dabei oft als Zusatz zum Klystier angewendet.

Bei dem griechischen Arzte Asklepiades im 1. Jahrhundert v. Chr. spielten die Klystiere eine grosse Rolle, indem er auch sie mit Vorliebe statt der inneren Abführmittel empfahl. Er hielt die Klystiere bei Fiebern für notwendig und versuchte durch sie auch Würmer abzutreiben. Um lange eingewurzelte Uebel zu heben, verordnete er sogar Mittel aus sehr scharfen, gesundheitsschädigenden Mitteln. Soranus der Aeltere von Ephesus (100 n. Chr.) giebt als eins der bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe anzuwendenden Mittel an (l. c.), dass man warmes Oel als Klystier bis zu 4 Kyathen (ca. 186 g) injicieren solle, desgleichen empfiehlt er bei der Entzündung der Gebärmutter den Unterleib der Patientin durch ein erschlaffendes Klysma aus süssem und warmem Oele und ähnlichen Substanzen zu entleeren.

Es kann hier nicht davon die Rede sein, die gesamte Geschichte der Klystiere aufzurollen. Der Leser findet darüber eine grosse Reihe zusammenfassender, brauchbarer Uebersichten¹⁾. Nur einzelne Punkte, welche aus verschiedenen Gründen für unseren Zweck von einem besonderen Interesse sind, mögen hier Erwähnung finden. Es sei in dieser Beziehung der bedeutenden Rolle gedacht, welche in der altindischen Medizin die Klystiere spielten. Es geht dies hervor aus dem Bower-Manuskript, welches auf keinen Fall später als 550 n. Chr. abgefasst sein kann²⁾. Herrn Kollegen J. Jolly in Würzburg verdanke ich die entsprechenden Mitteilungen aus dieser alten indischen Handschrift³⁾. Derselbe schreibt mir darüber folgendes: Der fünfte Abschnitt des Bower-Manuskripts enthält in seinem zweiten Teile Rezepte für Klystiere (*vasti*). „*Vasti*“, eigentlich „Blase“

¹⁾ Dechambre. Dictionn. des sc. médical. Art. „Lavage“ von Brochin, Paris 1869.

²⁾ Aschoff, Janus, XXI pag. 493 (1900).

³⁾ Briefliche Mitteilung vom 16. Januar 1900.

nennt man Beutel, die an eine Röhre gebunden werden, etwa 8 Zoll lang, durch die man Einspritzungen in den After machte. Für den Beutel musste die Blase eines Stiers, einer Ziege oder eines anderen Tieres verwendet werden, in welche die einzuspritzende Flüssigkeit gefüllt wurde.

Es werden acht Rezepte gegeben, die wie gewöhnlich auch besondere Namen haben, die meist auf den dafür verwendeten Substanzen beruhen.

1. Eine Wurzel (*Withania somnifera*) wird zerschnitten und in einem Topf gesotten, dann gesiebt und in ein eisernes Gefäß gegossen. Man giesst dann gewisse andere Arzneien hinein, ferner Zucker, Honig, zerlassene Butter, Pfeffer und Salz, rührt das Ganze mit einem Rührstock und macht zwei oder drei Injektionen. Wenn das Klystier zurückgekommen ist, gebe man eine Uebergiessung mit lauwarmem Wasser, auch soll der Patient gekochten Reis mit Milch oder Fleischbrühe geniessen. Dieses Klystier soll Kraft und gute Hautfarbe bewirken und die Muskeln stärken.

2. Ebenfalls zur Stärkung, um die Auszehrung oder um die Abmagerung zu verhüten, gab man ein öliges Klystier (*anuvāsana*) mit der nämlichen Wurzel (*Withania somnifera*) in Butter gesotten.

3. Gegen Rheumatismus, Appetitlosigkeit, Unfruchtbarkeit, alte Leiden jeder Art, Urinkrankheiten, Krätze, Wunden, Erkrankungen des Uterus, Gelbsucht, Hämorrhoiden, Diarrhoe wird ein Klystier aus *Vanda Roxburghii*, *Premna integrifolia*, *Stereospermum suaveolens* und anderen Wurzeln empfohlen, die man in Wasser abkochen soll, nebst gelbem Senf u. s. w.

4) Bei Altersschwäche, Verstopfung u. s. w. nehme man ein Klystier von Wasser mit Ricinussamen, Salz u. s. w. mit Butter.

5) Zur allgemeinen Stärkung, Beförderung des Appetits u. s. w. nehme man ein Klystier von Honig, Oel, warmen Wasser, Authum, Sowa, Steinsalz¹⁾.

¹⁾ Von nährenden Klystieren spricht zuerst Celsus (geb. 10 J. nach Chr.).

6) Als ein Universalmittel nehme man die gleichen Ingredienzen wie bei 5, aber mit zerlassener Butter statt Wasser, und Milch statt Oel.

7) Tailadya-Klystier, d. h. ein Klystier, das aus Oel und anderen Substanzen besteht. Man nehme Honig und Oel in gleichen Quantitäten, dazu Pfeffer, Steinsalz, Süssholz. Dieses Klystier giebt Kraft, Stärke, Potenz, heilt Verstopfung, Strangurie, Hämorrhoiden u. s. w.

8) Gegen verschiedene Arten von Diarrhoe, Fieber, Entzündung, Unverdaulichkeit u. s. w. gebe man ein Klystier von gerösteten und gestossenen Blumen, die mit Oel und Butter eingerieben werden, nebst Süssholz.

Diese im Bower-Manuskript niedergelegten Vorschriften über Klystiere bieten ein grosses Interesse, nicht nur wegen der Vielseitigkeit der Indikationen, die bei der Verordnung der Klystiere in Betracht gezogen werden, sondern auch wegen der mannigfachen dazu verwendeten Substanzen, unter denen die Fette einen grossen Raum einnehmen. Auch als Mittel gegen die Verstopfung spielten sie eine bedeutende Rolle. —

Von Interesse ist es, dass man sich auch noch im Mittelalter zur Ausspülung der Eingeweide einer Blase mit daran befestigtem Röhrchen bediente. Die Art und Weise, wie Klystiere damals gegeben wurden, ist von einem unbekanntem Meister um das Jahr 1550 ¹⁾ in einem im Dresdener Kupferstichkabinet befindlichen Holzschnitt dargestellt worden.

In stark nach vorn gebeugter Körperhaltung, ausgiebig entblösst, die linke Seite des Kopfes auf eine niedrige Tischplatte auflehnend und mit der rechten Hand sich auf einen kleinen Schemel stützend, während er mit der linken Hand die entsprechende Hinterbacke zur Seite zieht, steht der zu Klystierende mit eingeknickten Knien da, harrend der Dinge, die da kommen sollen. Ein altes bebrilltes Weib betrachtet

¹⁾ Cf. H. Peters, der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit. Leipzig 1900, S. 38.

die Scene, während ein jüngeres männliches Individuum, welches mit der rechten Hand den Handgriff eines unsern Handblasebälgen ähnlichen Instrumentes umfasst hält, mit der linken Hand aber die nach aufwärts gerichtete Röhre des Instruments ergriffen hat und offenbar zur Operation fertig und gerüstet ist. Als Erfinder der Klystierspritze wird *Gatenaria*, Professor der Medicin in Pavia angegeben. *Peters* bemerkt, dass im Mittelalter vielfach Klystiere nur deshalb gegeben wurden, um den üblen Folgen der Völlerei zu begegnen. Die Substanzen, welche zu solchen Klystieren in jener Zeit verwendet wurden, sind nicht namhaft gemacht. Unter den zu Klystieren benutzten Flüssigkeiten haben die fetten Oele im Laufe der Zeit wieder, wie im Altertum eine zunehmende Bedeutung erlangt. *Hahn*¹⁾ citiert eine in dieser Beziehung sehr beachtenswerte Beobachtung von *Cazin*, wo dieser bei einem an habitueller Verstopfung leidenden Greise, um die Schmerzen zu beseitigen und die harten, im Dickdarm angehäuften Faeces zu entleeren, stündlich mittels einer langen Kanüle aus Gummi 120 gr Olivenöl in den Mastdarm einspritzte. Nach der vierten Einspritzung erfolgte die Entleerung der Kotmassen. Hier haben wir also ein Beispiel von grossen Oelklysmen.

Fleiner (l. c. Nr. 3, Seite 60) erwähnt die Anwendung des Oels zu Klystieren bei *Theodor Zwinger* (1533—1588), Professor in Basel und *Praevotius* — wohl *Johann Prevost*, geb. 1585, Professor der Medicin und Botanik in Padua, gest. 1631 — welcher u. a. auch Werke über die *Materia medica* hinterlassen hat²⁾. Wenig beach-

¹⁾ *Dechambre*. Dictionn. encyclop. des sciences médic. Art. „*Olivier*“. Paris 1881. pag. 150.

²⁾ Ein köstliches Loblied auf das Oel singt der Göttinger Dramatiker *Heinrich Tolle* (1629—1679), der durch seine drei Schäferspiele bekannt geworden ist. In dem einen, „*Wahrgilt, Eine Teutsche Schäfferey, Göttingen 1672*“ betitelt, wird in dem zweiten Aufzuge die entflohene *Wahrgilt* von dem Arzte *Fodtlass* mit folgenden Versen fortgewiesen. (Vgl. *R. Koellner, H. Tolle, Gött. Diss. Hannover 1894*):

tet scheinen mir die Beobachtungen von A. von Haën, (1704—1776). Er war ein leidenschaftlicher Lobredner des innerlichen Gebrauchs des Oels und seiner Anwendung zu Klysmen. Es sei hier beiläufig bemerkt, dass er bei einem mit Blasenstein behafteten, viele Schmerzen leidenden Knaben täglich zweimal das von ihm stets benutzte Leinöl in die Harnblase einspritzen liess. Haëns Lob gilt vorzugsweise den Leinölklysmen bei der Bleikolik. „Man kann daher,“ sagt der vielerfahrene von Haën, „ohne es selbst erfahren zu haben, kaum glauben, wie gross der Nutzen des Oeltrinkens und der Oelklystiere bei der Bleikolik sei,“ (l. c.

[S. 38] Todtlass ein Störger tritt auff.

Potz was hab ich hier erlitten
ausgehalten manchen Strauss,
Potz wie manchen Wurm geschnitten
manchen Zahn gezogen aus.
Taube, Lahme, Stumme, Blinden
können bei mir Rettung finden.

Dieser Balsam kan verrichten
mehr als jemand glauben mag,
Kan das fallend Weh zernichten,
Kopfweh, Schwindel oder Schlag,
[S. 39] Husten, Keichen, heissrig sprechen,
Schwindsucht und die Brustgebrehen.

Kann das feur'ge Rothlauff stillen,
samt der Gicht und Zipperlein,
Alles muss nach meinem Willen
durch mein Oel vertrieben seyn,
Fieber (Colick), Gehleseuche,
Wassersucht und dicke Bäuche.
Die ihr Schmerzen in den Seiten,
die ihr taub, blind oder stum
Komt und kaufft euch doch beyzeiten
diss mein edles oleum.

Oleum pompoleum

Wer es wird bey zeiten kauffen,
darff darnach zur Noht nicht lauffen, — — —

Wir ersehen aus dem Gedichte Tolles, dass zu seiner Zeit das Oel eine nicht unerhebliche Bedeutung in dem Heilschatze gehabt hat.

Bd. 1, Seite 87) und in demselben Bande Seite 273 hebt von Haën besonders hervor, dass er fleissig Klystiere von lauem Leinöl bei der Bleikolik setzen liess. Im 4. Bande Seite 367 erzählt von Haën gelegentlich eines Berichtes über einen Fall von Bleikolik: „Wir liessen ihm sogleich Oelklystiere geben und es ging alter harter Stuhl von ihm.“ Im 9. Bande Seite 167 vergleicht von Haën die Wirkung anderer Klystiere mit denen von Oelklystieren. Von Haën benutzte — nachdem er „auch viele und veränderte“ Klystiere versucht und gefunden hatte, dass dieselben die Schmerzen eher zu mehren als zu mindern schienen, was auch von dem Zusatz von Milch zu den Leinölklystieren gilt — die letzteren allein und hiervon hatte er Nutzen. Die in gleichem Sinne sich aussprechenden Stellen in von Haëns Werk liessen sich noch leicht vermehren. Indes dürften diese Beispiele genügen. Merkwürdig genug ist es, dass dieser als heilsam anerkannten, auch von mir oft erprobten Behandlungsmethode der Bleikolik in den späteren vortrefflichen Werken über die Bleivergiftung nicht mehr gedacht worden ist. Ich erwähne auch die Werke von Tanquerel des Planches ¹⁾ und Thomas Oliver ²⁾.

Auch andere Arten von Instrumenten zum Klystieren fanden noch Gnade vor von Haëns strenger Kritik. Er hat im 4. Bande seines Werkes (Seite 154 und flgde.) die von dem Mailändischen Arzte Johann de Videmar erfundene Maschine ausführlich erörtert, die man statt einer Klystierspritze gebrauchen kann und vermittelt deren man grosse Mengen lauen Wassers in die Gedärme zu bringen vermag.

Wir sehen also, dass die Anwendung der Klystiere gegen die Koprostase jedenfalls eine sehr alte ist. Im wesentlichsten gebrauchte man hierbei die abführenden, reinigenden und erweichenden Klysmen, welche durch diese Qualitäten an und für sich schon gleichzeitig schmerzstillende Eigenschaften bekamen. Schmerzstillende Klysmen im eigent-

¹⁾ Tanquerel des Planches. Die gesamten Bleikrankheiten. Deutsch von S. Frankenberg. 2 Bände. Quedlinburg und Leipzig 1842.

²⁾ Thomas Oliver. Lead poisoning. Edinburgh and London 1891.

lichen Sinne des Wortes (Klysmata anodyna) wurden durch entsprechende medikamentöse Zusätze im allgemeinen freilich hierbei nur selten gebraucht. Ebenso machen wir heute von den Visceralklystieren Kämpfs (s. oben Seite 93) keinen Gebrauch, um im Kämpfschen Sinne die Patienten von den „infarcierenden Blutausartungen“ zu befreien, von denen Kämpf annahm, dass sie, abgesehen von sehr vielen anderen Krankheiten, auch zu der uns hier gleichfalls interessierenden „unbändigen“ Hartleibigkeit und ihren Folgezuständen Veranlassung geben. Wir gebrauchen gelegentlich auch jetzt noch einzelne der von Kämpf benutzten Substanzen, insbesondere die Valeriana, welche einen wesentlichen Bestandteil der Kämpfschen Visceralklystiere bildete, als Zusatz zu Klysmen bei der chronischen Constipation. Wir thun dies lediglich wegen der antispasmodischen Eigenschaften des Baldrian, aber keineswegs wie Kämpf in der Absicht, dass dadurch dem Abgange der „infarcierenden Blutausartungen“ Vorschub geleistet werde.

Nach diesen orientierenden, historischen Vorbemerkungen gehe ich zu einer kurzen Schilderung der Rolle über, welche heute die Klysmen bei der Behandlung der chronischen Verdauungsstörungen spielen, und über die Art und Weise, wie dabei die Klysmen am zweckmässigsten verwertet werden. Ich habe bereits vorher gesagt, dass die Klystiere für die Entfernung harter Kotmassen, die in den Ausbuchtungen des Dickdarmes eingelagert sind, nicht entbehrt werden können. Ich glaube, in dieser Beziehung noch einen Schritt weiter gehen zu dürfen. Es giebt nämlich eine grosse Reihe von Fällen von Koprostase, bei denen Klysmen allein, ohne Mitwirkung irgend eines anderen Mittels, in verhältnismässig kurzer Zeit nicht nur zu einem vorübergehend zufriedenstellenden, sondern auch zu einem dauernd guten Ergebnis führen. Es kommt hierbei gewiss in erster Reihe in Betracht, welcher Teil des Dickdarms der Sitz der Koprostase ist. Handelt es sich um eine allein oder vorzugsweise im Mastdarm lokalisierte Koprostase, wie solche bei der Erschlaffung

der Mastdarmwandungen oft genug vorkommt, so ist die Behandlung eine verhältnismässig bequeme. Die Kotballen sammeln sich dabei in dem erweiterten Mastdarm an, und man darf eine solche Koprostase im Mastdarm immer annehmen, wenn bei habitueller Darmträgheit unter mühsamem Drängen Kotmassen von ungewöhnlichem Durchmesser entleert werden. Kohlrausch giebt an, dass es dabei keine bessere und rationellere Methode giebt als Klystiere mit kaltem Wasser. Die Erschlaffung der Mastdarmwandungen werde danach mehr und mehr vermindert und die Kotmassen würden erweicht. Kohlrausch empfiehlt, die Klysmen zweimal täglich nehmen zu lassen und dafür zu sorgen, dass sie im Mastdarm bleiben. Die Sache hat aber ihre Schattenseiten. Wie nämlich Kohlrausch angiebt, gewöhnt sich der Darm sehr bald an diesen Reiz und reagiert nicht mehr darauf. (Kohlrausch l. c. Seite 9.) Einen Fortschritt bei der Behandlung dieser im Mastdarm lokalisierten Constipationen bildet die Anwendung des Glycerins. Es giebt hierbei zwei Wege: Erstens den Gebrauch der Glycerinklystiere, und zweitens die Glycerinsuppositorien. Das wasserfreie Glycerin besitzt die Eigenschaft, von der Mastdarmschleimhaut aus schon in geringen Mengen Stuhl drang zu erregen. Vorbedingung für eine gute Wirkung ist, dass der Kot entsprechend tief im Dickdarm sitzt, und dass das Glycerin rein und wasserfrei ist. Mit Hilfe einer sogenannten Glycerinspritze werden 2—5 Ccm. reinen Glycerins in den Mastdarm eingespritzt, worauf oft nach wenigen Minuten, in den allermeisten Fällen spätestens nach einer Viertelstunde ausgiebiger Stuhl zu erfolgen pflegt. Gute Glycerinsuppositorien, wie solche z. B. von Dietrich in Helfenberg und von Hausmann in St. Gallen hergestellt werden, haben mir auch immer gute Ergebnisse geliefert, wofern die für ihre Anwendung erforderlichen Bedingungen vorhanden waren. Es ist wohl überflüssig, zu bemerken, dass das Stanniol, in welches diese Suppositorien eingepackt werden, vor der Einführung in den Anus entfernt werden muss. Ich erwähne

dies hier doch, weil in einem Falle, wo ein genügendes Verständnis für solche Dinge vorauszusetzen war, dies nicht geschehen war und von der Patientin Klagen über die unzureichende Wirkung der Suppositorien geführt wurden. Ich unterlasse seitdem nicht, die Kranken darauf, ebenso wie auf die gesamte Anwendungsweise aufmerksam zu machen. Das Gleiche gilt erst recht von dem Gebrauch der Glycerinspritze, der Beschaffenheit des Glycerins u. s. w. Es kommt eben bei der Ausführung dieser kleinen Manipulationen auf die grösste Sorgfalt an, wenn sie den gewünschten Erfolg haben und nicht gar schaden sollen. Bei aller Vortrefflichkeit des geschickt angewandten Glycerins darf man doch nicht vergessen, dass die von ihm bewirkte Anregung der Peristaltik des alleruntersten Dickdarmabschnittes doch lediglich auf einer lokalen Reizwirkung beruht, welche von dem Glycerin auf die Darmschleimhaut ausgeübt wird. Wie bei der Verordnung der innerlich angewendeten, müssen auch die zu Klysmen verwandten Substanzen genau dosiert werden. Ich glaube, dass man in einer Reihe von Fällen von hochgradiger Koprostase infolge von Erweiterung des Mastdarms, welche ich oben (Seite 34) genauer charakterisiert habe, und bei denen man die Kotstauung von aussen, und zwar von der Gegend der Fossa ischio-rectalis sinistra aus, durch die Weichteile hindurchzufühlen imstande ist, aus letzterer Thatsache für die betr. Patienten Nutzen ziehen kann, wie ich in einer grossen Reihe von Fällen beobachtet habe. Die erste Bedingung ist natürlich die, dass man bei der Untersuchung des Anus auf die von mir gefundene Möglichkeit, bei starker Anfüllung des Rectum mit Kot die Kotsäule von der bezeichneten Stelle aus in der oben (auf Seite 34) präzisirten Weise zu fühlen, genügend acht hat. Fühlt man dort den bereits früher geschilderten Kotwulst, so kann man ihn durch sanftes Streichen von hinten (d. h. lateralwärts nach links von der Steissbeinspitze oder etwas höher) nach vorn bis zum Anus zum Verschwinden bringen. Bei dieser Prozedur entleert sich nämlich in solchen Fällen in prompter Weise, wofern die Kotmassen

nicht zu hart sind, aus der Mastdarmöffnung entweder eine einzige längere Kotsäule oder mehrere feste Kotstücke von verschiedener Grösse. Bei den Individuen, bei welchen ich einen solchen Befund konstatieren konnte, habe ich denselben zum Angriffspunkte für folgende zwei therapeutische Massnahmen gemacht. Erstens habe ich mittels dieser Manipulation den untersten Dickdarmabschnitt von dem in ihm stagnierenden Inhalt befreit und zweitens habe ich durch die Massage der betreffenden Körperstelle die austreibende Kraft des Mastdarms zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit in dieser Beziehung zu erhöhen gesucht. Es scheint von Interesse für die ärztliche Praxis, auf diese Punkte hier etwas näher einzugehen. Was den ersterwähnten Modus der Ausnutzung des angegebenen Befundes für die Behandlung der Koprostase im untersten Teile des Mastdarms betrifft, so vollzieht sich derselbe leicht, wenn man in der geschilderten Weise den Mastdarm, bezw. den an der angegebenen Stelle befindlichen Wulst in der Richtung von hinten nach vorn streicht. Ein entsprechendes, am besten ein cylindrisches, genügend weites, an die Anusöffnung gelegtes Glasgefäss nimmt die sich entleerenden Kotmassen auf. Die Umgebung des Anus wird durch Watte vor Verunreinigung geschützt, welche übrigens bei der in solchen Fällen harten Konsistenz der Fäces kaum zu befürchten ist. In der Regel können die betreffenden Individuen, wofern sie genügend über die Sache verständigt sind, diese kleine Manipulation an sich selbst, ohne jede Schwierigkeit,* und zwar am einfachsten und besten während sie auf dem Klosett sitzen, ausführen. Der sich aus dem Mastdarm entleerende, durch Ausstreichen aus demselben entfernte Rectuminhalt fällt dann, ohne dass irgend welche Verunreinigung der Hände damit verbunden zu sein braucht, in das Klosett hinein. Einer weiteren Anleitung bedarf es betreffs der Ausführung dieser einfachen Procedur, deren sich solche Kranke gern bedienen, weil sie jedesmal eine erhebliche Erleichterung danach fühlen, in der Regel nicht. Die Kranken haben von dieser einfachen Manipu-

lation den gleichen Nutzen, wie von einem Glycerinklysma oder von einem Glycerinsuppositorium. Es bedarf hierbei keiner weiteren Vorbereitung, als dass man sich davon überzeugt, ob der betreffende Kotwulst gefühlt wird. Ein Koprostatiker, sei er männlichen oder weiblichen Geschlechts, lernt auch dies leicht. Der von mir angegebene Handgriff ist nicht nur weit bequemer auszuführen, als die Anwendung der Glycerinspritze oder die Einführung eines Glycerinsuppositoriums in den Anus, sondern er ist, wofern er nur mit etwas Sorgfalt ausgeführt wird, mindestens ebenso reinlich wie die Glycerinapplikationen, in welcher Weise sie auch immer ausgeführt werden mögen. Vor dem Glycerin hat aber diese Procedur nach meinen Erfahrungen den Vorzug der absoluten Reizlosigkeit. Man kann den Mastdarm somit, ohne das Auftreten irgend welcher Reizerscheinungen befürchten zu müssen, in der angegebenen Weise ausdrücken, so oft es noththut, wofern die in übermässiger Menge in ihm angehäuften Kotmassen nicht von zu harter Konsistenz sind. Indes gelingt es auch in letzterem Falle, in welchen man sich früher der unappetitlichen Ausräumung des Rectums mit den Fingern zu bedienen pflegte, dasselbe von seinem stagnierenden Inhalt zu befreien, wofern man nur vorher durch geringe Mengen (30—50 g) in den Mastdarm eingegossenen reinen Mohn- oder Olivenöls die in dem Rectum enthaltenen harten Massen gelockert hat. Die Ausräumung des Rectums mit dem Finger ist auch für den Patienten eine keineswegs angenehme Operation, während die von mir hier vorgeschlagene Methode für denselben gar keine Unbequemlichkeiten einschliesst. Beiläufig sei hier bemerkt, dass S. G. Gant für die Ausräumung der mit dem Finger nicht entfernbaren Kotmassen eine besondere Zange angegeben hat (cf. Gant l. c.). Die zweite therapeutische Indikation, welche sich für die Fälle ergibt, bei welchen man den von mir geschilderten Kotwulst an der angegebenen Stelle fühlen kann, ist die, durch Massage der bezeichneten Körperstelle den von ihr aus tastbaren Mastdarm zu einer gesteigerten peristaltischen

Thätigkeit anzuregen. Dass der angestrebte Zweck auf diese Weise erreicht werden kann, ergibt sich daraus, dass die betreffenden Individuen bei der Ausführung dieser Massage einen Reiz im Mastdarm fühlen, welcher sich bei einzelnen Individuen sogar noch höher oben im Darm, in einem Falle bis in die Blinddarmgegend fühlbar machte. Die Ausführung dieser Massage gestaltet sich sehr einfach in folgender Weise. Das betreffende Individuum befindet sich am besten in der linken Seitenlage. Man streicht an der bezeichneten Stelle mit eingefettetem Finger langsam und vorsichtig von hinten nach vorn. Man kann die Massage auch in etwas anderer Weise einrichten, z. B. indem man statt zu streichen leicht knetet u. s. w. Das leichte Kneten wird von uns in der Regel benutzt. Natürlich muss die zu massierende Stelle zuvor gehörig gereinigt und der Anus mit einem Wattebausch bedeckt werden. Jede Sitzung soll etwa 2—3 Minuten dauern. Ob man diese Massage, welche das betreffende Individuum meist leicht lernen und an sich selbst ausführen kann, täglich oder seltener ausführt, bedarf in jedem einzelnen Falle sorgsamer Erwägung. Länger als 4—6 Wochen soll aber ununterbrochen diese Massage ohne besonderen Grund nicht fortgesetzt werden. Ich möchte übrigens betreffs der Indikationen für die Vornahme der geschilderten Massnahmen nicht missverstanden sein. Solche Kotwülste, welche dabei für mich die Indikationen bilden, sind bei der Koprostase — wie ohne weiteres verständlich sein dürfte — kein alltäglicher Befund. Auch bei Menschen, welche an den keineswegs seltenen Kotstauungen im untersten Teile des Mastdarms leiden, lassen sich diese Wülste durchaus nicht immer nachweisen. Es gehört dazu eben eine sehr starke Füllung des ausgeweiteten Mastdarms. Es geht damit ebenso, wie mit so vielen anderen diagnostischen und therapeutischen kleinen Kniffen und Behelfen. Hat man sie einmal richtig erfasst und achtet man darauf, so findet man sehr bald, dass sie nicht nur für die Erkenntnis der Sachlage in den betreffenden Fällen von Nutzen, sondern oft genug auch für die Behandlung des Patienten selbst wohl

verwertbar sind. Besonders werden wir auch in den Fällen auf diesen Wulst fahnden müssen, wo sich im linken unteren Bauchquadranten, entsprechend dem unteren Teil des Colon descendens, bei der Untersuchung des Bauches eine starke Kotanhäufung nachweisen lässt.

Wenn nun die Kotanhäufungen sich wie so häufig nicht auf den Mastdarm beschränken, sondern sich über ihn hinaus erstrecken, dann wird man weder mit der Applikation des Glycerins, noch durch die von mir angegebenen Manipulationen, welche ich lediglich in den Fällen, in denen man die Kotwülste im untersten Teil des Mastdarms von aussen, von der Fossa ischio-rectalis sinistra aus, durch die Weichteile fühlen kann, anwende, nicht auskommen. Wir bedürfen dann zur Anregung der Darmthätigkeit und behufs der Erweichung, bezw. der Evakuation der höher oben gelegenen Kotmassen jedenfalls grösserer Flüssigkeitsmengen. Ich fasse zunächst die Wasser-*klysmen* ins Auge, für die ich stets die sog. *physiologische*, d. i. eine 0,7%ige Kochsalzlösung benutze. Hierbei lege ich auf einige sonst für wichtig erachtete Faktoren kein Gewicht. Erstens vermeide ich den hohen Druck, unter dem viele unter solchen Umständen die angewandte Flüssigkeitsmenge in den Mastdarm einlaufen lassen, und zweitens richte ich auch die Temperatur der betreffenden Flüssigkeit so ein, dass dabei 30—35° C. eingehalten wird, so dass ich nur lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung in das Rectum einfliessen lasse. Von vielen Seiten kommen aber hier vielfach andere Regeln zur Geltung. Da, je kühler die Temperatur des Wassers, die Reizung des Darms um so stärker unter im übrigen gleichen Verhältnissen ist, so hatten manche Aerzte niedrigere Wassertemperaturen bevorzugt. Allzu niedrige Temperaturgrade werden freilich bei der Behandlung der chronischen Koprostate selten zur Anwendung gebracht. Von mit Eis gekühltem Wasser würde man höchstens 100 bis 200 Ccm. und zwar mit einem geringen Druck in den Darm einlaufen lassen, wofern eine rasch eintretende energische Darmkontraktion erforderlich ist. Man pflegte die Reiz-

wirkung so niedriger Temperaturgrade in der Regel durch einen stärkeren Druck zu ersetzen, unter welchem man das Wasser in den Darm einfliessen liess. Damit suchte man auch grössere Flüssigkeitsmengen bei der Behandlung der chronischen Constipation und Koprostase mit Wasserklystieren zu ersetzen. In diesen Beziehungen sind alle nur denkbaren Abstufungen angewendet worden, welche nicht nur von der Intensität der Koprostase, sondern insbesondere auch von den individuellen Verhältnissen des Patienten abhängig gemacht wurden. Auch bei der Dosierung dieses, wie des durch innerlich gereichte Abführmittel bedingten Darmreizes ist es durchaus notwendig, dessen Stärke gerade nur so zu bemessen, dass er seine Schuldigkeit thut, und jede unnütze Steigerung durchaus zu vermeiden. So weit ich die Verhältnisse zu übersehen vermag, hat man in der Praxis die Leistungsfähigkeit des Darms sehr überschätzt und ihm durch zu grosse Reizwirkungen geschadet. Im allgemeinen lässt sich darüber so viel aussagen, dass in den Fällen, wo überhaupt die Wasserklysmen wirksam sind, das Einlaufen von etwa einem halben bis einem Liter lauwarmen Wassers mit 0,7 % Kochsalz aus der Höhe von 1 bis höchstens 1 1/2 Meter in den Mastdarm genügt. Bevor ich Wasserklysmen von grösserer Reizwirkung verordne, überlege ich mir die Sache sehr genau. Man wird sogar unter den soeben angegebenen Flüssigkeitsmengen so lange wie möglich zu beharren suchen müssen.

Ueber die Konzentration der am besten zu Klysmen zu verwendenden Kochsalzlösungen ist viel diskutiert worden. Ich bin, wie schon angegeben wurde, nach früherem mannigfachen Herumprobieren immer wieder, weil sie sich mir vorteilhafter erwies als einfaches Wasser oder als stärkere Kochsalzlösungen, auf die physiologische zurückgekommen und schliesslich dabei stehen geblieben. Ich gebrauche sie auch jetzt noch, wie hier gleich bemerkt sein mag, freilich fast ausschliesslich in der am meisten empfehlenswerten Kombination mit den grossen Oelklysmen, zu deren Besprechung wir gleich übergehen werden. Warum derartige schwache Salzlösungen

für solche Klysmen in hervorragender Weise geeignet sind, darüber geben die bekannten Versuche von Paul Grützner¹⁾ eine, wie mir scheint, sehr plausible Erklärung. Durch diese Versuche hat sich nämlich ergeben, dass die physiologische Kochsalzlösung die merkwürdige Eigenschaft besitzt, antiperistaltische Darmbewegungen auszulösen, wodurch der Verbreitung dieser Kochsalzlösung in die höheren Partien des Darms wesentlich Vorschub geleistet wird.

Es gelingt übrigens, die Wirkung derartiger aus physiologischer Kochsalzlösung bestehender Klysmen ohne Anwendung eines grösseren Drucks u. s. w. durch den Zusatz gewisser die Darmthätigkeit anregenden Substanzen nicht nur zu verstärken, sondern auch ausreichend fein abzustufen. Zusätze von Pfefferminz- und Kamillenthee zu einem solchen Klyisma und Ricinusöl (1—2 Esslöffel mit etwas — 1 Theelöffel — Gummi arabicum und ca. einem halben Liter physiologischer Kochsalzlösung zu einer Pseudoemulsion zusammengrührt), habe ich zu diesem Behufe am häufigsten angewendet. Indes wird man mit solchen oder noch stärkeren Zusätzen zu den Wasserklysmen im allgemeinen sparsam sein müssen. In ganz vereinzelt Fällen habe ich noch etwas stärkere Ricinusöldosen — nie mehr als 50 g — oder ein geringes Quantum (0,06—0,1) Crotonöl als reizenden Zusatz benutzt. Als koterweichendes Mittel diente mir das bei uns in allgemeinem Gebrauche befindliche Mohnöl, natürlich bester Qualität, gelegentlich auch das kostspieligere reine Olivenöl²⁾. Von beiden wurden in der Regel 100—140 g mit Gummi arabicum in der eben angegebenen Weise zu einer Pseudoemulsion von ca. $\frac{1}{2}$ Liter verarbeitet. Wer nun aber sehr

¹⁾ P. Grützner. Zur Physiologie der Darmbewegung. S. A. a. d. Deutschen mediz. Wochenschrift 1894, Nr. 48.

²⁾ S. G. Gant (l. c.) hat für die Klysmen noch neuerdings Seifenwasser mit einem Zusatz von Ricinusöl und Glycerin verwendet. Ich halte diese Kombination für keine empfehlenswerte, wengleich schon früher insbesondere die Seifenklysmen eine grosse Reihe von Lobrednern gefunden haben.

hartnäckige Koprostasen zu behandeln hat, der wird bald gewahr werden, dass er mit den angegebenen Klysmen manchmal gar nicht zum Ziele kommt und auch bei weniger hartnäckigen Koprostasen wird er finden, dass die Behandlungsdauer sich nicht nur ungewöhnlich lange hinzieht, sondern dass oft genug das Ergebnis mangelhaft ist. Freilich wenn man nichts weiter beabsichtigt, als eine Besserung des seitherigen Zustandes zu erzielen, dann wird man in weit kürzerer Zeit sich befriedigt fühlen. Indes ist meiner Ansicht nach die Aufgabe der Behandlung eine weitergehende. Durch dieselbe soll nämlich der Darm von seinen harten Kotmassen nicht nur thunlichst befreit werden, so dass man bei der Untersuchung des Bauches keine Kotanhäufung mehr entdecken kann, sondern man muss es sich auch angelegen sein lassen, den Darm zu einer regelmässigen Thätigkeit zu erziehen, ohne dass weiterhin Abführmittel in Anwendung gezogen zu werden brauchen. Es sei übrigens bemerkt, dass — was vollkommen einleuchtend ist — auch in den Fällen, wo der Dickdarm vollständig evakuiert zu sein scheint, immer noch eine Reihe fester Kotknollen in ihm vorhanden sein können, um welche sich augenscheinlich sehr bald wiederum frische Kotmassen anlagern, welche zur Vergrösserung derselben und zur Bildung weiterer grosser Scybala beitragen. Schon angesichts dieser Schwierigkeiten hat sich A. Kussmaul ein grosses Verdienst erworben, dass er für die Behandlung der Constipation und einiger Dickdarmaffektionen die so gut wie in Vergessenheit geratene Anwendung grosser Oelklystiere wieder zu Ehren gebracht hat (cf. W. Fleiner l. c.) Das von Kussmaul und Fleiner darüber beigebrachte Material und die über die Anwendungs- und Wirkungsweise der grossen Oelklystiere gegebenen Direktiven, sowie die in dieser Frage gemachten Mitteilungen sind ausserordentlich lehrreich. Die grossen Oelklysmen sind für die Behandlung der wirklich hochgradigen, chronischen Koprostasen ein geradezu unentbehrliches Hilfsmittel geworden. Bei leichteren Fällen aber kürzen dieselben erfahrungsgemäss

nicht nur die Behandlungsdauer wesentlich ab, sondern gestalten auch die Erfolge dauerhafter. Endlich giebt es kein Mittel, welches der Erziehung des Darmes zu einer regelmässigen Thätigkeit besser Vorschub leistet, als die grossen Oelklysmen. Die Fälle von Koprostase, welche theils in meiner Privatklinik, theils in der Göttinger medizinischen Klinik in meine Behandlung kommen, gehören grösstenteils zu den hartnäckigsten. Besonders die Privatkranken haben schon vorher bereits in der Mehrzahl der Fälle die verschiedensten Kuren durchgemacht. Sie haben gewöhnlich die lange Reihe der Abführmittel bis zu den drastischen durchprobiert und sie haben, abgesehen von vielen anderen Kuren, schon die Künste der Naturheilanstalten über sich ergehen lassen. Sie haben überdies wegen der die Koprostase komplizierenden Prozesse als Neurastheniker u. s. w., wie sich aus der klinischen Geschichte solcher Patienten ergibt, alle Kurmittel erprobt, welche uns dafür zu Gebote stehen. Ich werde auf die besonderen Indikationen, welche sich für die Behandlung aus diesen Komplikationen der Koprostase ergeben, nachher noch zurückzukommen haben, ebenso wie auf eine Reihe der Unterstützungsmittel der Behandlung. Ich will aber zuerst die grossen Oelklysmen und deren Einfluss auf die Beseitigung der chronischen Constipation hier näher ins Auge fassen.

Zu der wirksamen Durchführung einer solchen „Oelkur“ gehört eine gewisse Aufmerksamkeit seitens der Kranken. Das Oel ist genügend lange festzuhalten. Kinder halten dasselbe in der Regel ganz gut. Am meisten Schwierigkeit hat dies bei unserem Männerpublikum in der Klinik gemacht. Erst im Laufe der Zeit haben sich auch diese Patienten in dieser Richtung disziplinieren lassen; die weiblichen Kranken der Klinik haben in dieser Beziehung von vornherein meist keine Schwierigkeiten bereitet, sie haben, über den Zweck der Oelklysmen verständigt, meist den guten Willen gezeigt und die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, das Oel, so lange es erforderlich ist, festzuhalten. Lässt es der Kranke an letzterer fehlen, dann kann es wohl geschehen, dass das Oel,

bevor es seine Schuldigkeit gethan hat, zum Teil abfliesst. Solche unliebsame Dinge passieren gelegentlich. Sie gehören zu den Unannehmlichkeiten, welche — um diese vornweg zu nehmen — die Oelkuren begleiten. Es mag in solchen Fällen auch manchmal eine Schwäche des Schliessmuskels mitwirken. Jedenfalls giebt es sehr viele Fälle, wo lediglich der gute Wille und die nötige Aufmerksamkeit mangeln. Macht man den Patienten darüber Vorhaltungen und sorgt man insbesondere dafür, dass sie sich ruhig verhalten müssen — ich habe solche Missgeschicke besonders bei geschwätzigem Personen beobachtet — so können dieselben sehr wohl, wie ich aus vielen Erfahrungen weiss, vermieden werden. Bisweilen sieht man auch den vorzeitigen Oelabgang, wenn harte Kotmassen das Vordringen des Oels in den Darm hindern, oder wenn Blähungen das Oel vor sich hertreiben, oder wenn die Bauchpresse durch irgend einen Zufall in stärkere Wirksamkeit tritt, wenn krampfartige Expirationsbewegungen (beim Husten, beim Niesen u. s. w.) auftreten. Bei Personen, welche die Oelklysmen abends nehmen, passieren solche Oelabgänge während des Schlafes häufiger. Man muss darauf die Patienten besonders aufmerksam machen. Gelegentlich, erfreulicherweise nicht häufig, erfolgen solche Oelabgänge in die Kleider, nachdem das Klyisma vollkommen seine Schuldigkeit gethan hat. Es handelt sich hier um retinierte Oelreste. Es scheint dieser Missstand besonders nach Anwendung von zu grossen Oelgaben einzutreten, wie sie für diese Klysmen hie und da noch empfohlen werden. Der ausserordentlich unangenehme Geruch des aus dem Darm abfliessenden Oels macht den betreffenden Personen die Oelkur unangenehm, manchmal geradezu widerwärtig. Je mehr man aber mit der Aetiologie dieser Vorkommnisse bekannt wird, um so öfter kann man sie vermeiden. Von wesentlichem Nutzen ist dabei, dass man die Patienten selbst darauf hinweist und sie mit den einschlägigen Verhältnissen bekannt macht. Unter allen Umständen ist es nötig, dafür Vorsorge zu treffen, dass solche Missstände, welche so unangenehm empfunden werden thunlichst

abgeschwächt werden. Man muss daher alle Vorkehrungen veranlassen, dass die Kranken, während sie das Oel bei sich haben, mit impermeablen Unterlagen, die das Bett schützen, versehen werden, und man muss auf die peinlichste Sorgfalt und Reinlichkeit bei der Durchführung dieser Manipulationen bedacht sein. Dies alles erscheint ja eigentlich durchaus selbstverständlich, indes halte ich es, und zwar auf Grund vieler Erfahrungen, durchaus nicht für überflüssig, immer und immer wieder darauf aufmerksam zu machen. Wie ich schon angegeben habe, benutzen wir zu den Oeleingiessungen in den Darm bestes Mohnöl. Man kann dieses Oel hier am leichtesten rein und unverfälscht kaufen. Es ist auch weniger kostspielig. Minderwertige Oelqualitäten erweisen sich als durchaus unbrauchbar für Oelklysmen. Es werden dadurch unangenehme Reizzustände veranlasst. Ich habe dies mehrfach bei Personen gesehen, welche im Hause sich eine Oelkur selbst zurechtgemacht hatten. Man gebraucht das Oel lauwarm (28 bis 35° C.)

Das von mir benutzte Oelquantum betrug zuerst in maximo 400 g. Seit einer Reihe von Jahren habe ich fast niemals mehr als 300 g gebraucht. Die letzterwähnte Dosis benutze ich, wenn — was ich in der Regel für zweckmässiger halte — das Oelklysma am Tage, fast ausnahmslos morgens, appliziert wird. 300 g bilden die Oeldosis für ein Klysma beim Erwachsenen, bei Kindern kommt man natürlich mit geringeren (50—150 g) Mengen aus. Die Kranken sollen das Oel thunlichst 3—4 Stunden festhalten. Sie liegen dabei natürlich im Bett. Erfolgt nach dieser Zeit nicht spontan ausgiebiger Stuhlgang, so wird ein lauwarmes Salzwasserklysma (ca. $\frac{1}{2}$ Liter 0,6%iger Kochsalzlösung) unter geringem Druck verabreicht. Wenn die Klysmen am Spätabend gegeben und über Nacht gehalten werden sollen, gebe ich nicht mehr als 100—200 g. Ich beginne mit der ersterwähnten Dosis und steige, wenn daraus keine Unbequemlichkeiten für den Kranken entstehen, bis zu der letzterwähnten Oeldosis. Diese Unbequemlichkeiten bestehen gar nicht selten

darin, dass, insbesondere bei der spastischen Stuhlverstopfung, die durch die Einverleibung des Oels veranlassten Einwirkungen auf den Darmkot Missgefühle und Koliken erzeugen, welche den Schlaf beeinträchtigen. Im allgemeinen liebe ich diese abendlichen Klysmen überhaupt nicht. Ihre Wirkung scheint im Durchschnitt weit mangelhafter zu sein, als wenn die Klysmen des Morgens gegeben werden. Wenn auf die abends vorher gegebenen Oelklysmen spontan keine befriedigende Ausleerung erfolgt, folgt auch hier ein Salzwasserklyisma in der eben erwähnten Weise. Die Wasserklysmen sind nicht längere Zeit zurückzuhalten. In der Regel tritt wenige Minuten nachher Stuhldrang ein, welchem sofort nachzugeben ist. Uebrigens muss bemerkt werden, dass das Oelquantum bei diesen Klysmen keineswegs immer sklavisch eingehalten werden muss. Wenn z. B. bemerkt wird, dass das Oel nicht gehörig und schnell in den Darm abfließt, und wenn vorausgesetzt werden muss, dass das in den Darm einfließende Oel daselbst einem Widerstande, der durch vorgelagerte harte Kotmassen veranlasst wird, begegnet, so erscheint es zweckmässig, sich mit einer geringeren Oelmenge zu begnügen. Die Applikation der Oelklysmen geschieht entweder in der Rücken- oder in der rechten oder in der linken Seitenlage. Dass in einer derselben irgend ein bemerkenswerter Vorteil liegt, ist niemals bemerkt worden. Diese Klysmen werden in der Regel täglich einmal, und zwar immer zu derselben Zeit, verabreicht. Beim weiblichen Geschlecht bildet auch die Zeit der Menstruation nur dann einen Grund für die Unterbrechung in der Applikation der Oelklysmen, wenn die Menses sehr stark sind oder wenn ausgesprochene dysmenorrhische Beschwerden bestehen. Die Oelklysmen während der Menses sind indes nur möglich, wenn die hierbei unerlässlichen Vorsichtsmassregeln, wie sie durch wirklich sachverständiges Pflegepersonal garantiert werden, vorhanden sind. Wo die Oelklysmen nicht von so sachverständiger Hand gegeben und ohne ärztliche Kontrolle gebraucht werden, müssen sie während der Menses unterbleiben. Ich halte eine ärztliche Kontrolle der Wirkung der

Oelklysmen aber auch aus andern Gründen für durchaus unerlässlich. Man kann dieselbe, wofern man mit der Untersuchung genügend Bescheid weiss, auf Tritt und Schritt genau verfolgen. Bereits die Inspektion des Bauches giebt in der Mehrzahl der Fälle schon nach den ersten Oelklysmen Bescheid über deren Wirkung im Darm. Wir sehen, dass der Bauch zunächst anschwillt, und wir beobachten dabei in der Regel eine vermehrte Entleerung von Darmgasen. Die Kranken merken selbst, dass Bewegung in den bisher indolenten Leib kommt. Bei der spastischen Constipation freilich wird das bei der atonischen Form meist nicht unangenehm empfundene Gefühl in unliebsamer Weise wahrgenommen. Indes kann auch die atonische Form von solchen Missgefühlen begleitet werden. Dieselben hängen von verschiedenen Umständen ab und werden im wesentlichen bedingt von der Zeitdauer, in welcher die Kotmassen weich werden, bezw. sich aufblähen, ferner von der Intensität, mit welcher die Darmgase frei werden, sowie endlich von der Schnelligkeit, mit welcher dieselben nach aussen sich entleeren. Es bedürfen alle diese Dinge keiner weiteren Erörterung. Ebenso wenig braucht weitläufiger auseinandergesetzt zu werden, dass und warum betreffs des Zeitpunktes, nach welchem die ersten Wirkungen der Oelklysmen sich bemerkbar machen, grosse Unterschiede bestehen. Jeder einzelne Fall von Koprostase verläuft entsprechend der Eigenart der bei ihm obwaltenden Verhältnisse. Es giebt Fälle, in denen 8—10 Oelklysmen appliziert werden, ohne dass ein nennenswerter Erfolg zu verzeichnen ist. Freilich ist dies nicht gerade häufig der Fall. In der Regel treten nicht nur die eben angegebenen Symptome bereits nach den ersten Oelklysmen auf, sondern es erfolgen danach auch gewöhnlich prompt die vorher mangelhaften Stuhlausleerungen, welche zunächst aber fast ausnahmslos aus frischeren Kotmassen bestehen. Wenn man nun den Bauch solcher Patienten regelmässig palpiert, dann kann man sich auf diesem Wege von dem Fortgang der Kur unterrichten. Man ist nämlich in erster Reihe durch die Palpation, aber auch durch die Percussion, besonders durch die Tast-

percussion, imstande, die sich infolge der Oelklysmen im Dickdarm ändernden Verhältnisse zu kontrollieren. Die wesentlichen hierbei in Betracht kommenden Verhältnisse sind folgende. Man kann zunächst ermitteln, wie die Resistenzen im Bauche und die mannigfachen in ihm fühlbaren Stränge ihre Konfiguration ändern. Bei den atonischen Formen sind diese Manipulationen meist ganz schmerzlos, welche bei der spastischen Form der chronischen Constipation an mannigfachen Stellen, die sich früher oder später als strangförmige Härten entpuppen, mehr oder weniger druckempfindlich sind. In demselben Masse nun, wie die Evakuation des Darms fortschreitet, beobachtet man, dass der Bauch dementsprechend einsinkt und flacher wird. Man sieht, dass die starke Vortreibung des Bauches, welche übrigens keineswegs eine *conditio sine qua non* bei hartnäckigen Koprostasen ist, zu schwinden beginnt, dass Einsenkungen und Furchen an der einen oder an der anderen oder an beiden lateralen Partien des Bauches, gewöhnlich zuerst unterhalb des Rippenbogens, besonders in der Gegend der vorderen Axillarlinie, oder aber oberhalb des Nabels auftreten. Hier vor allem tritt sehr oft eine mehr oder weniger breite und tiefe, von einer Seite zur andern verlaufende Furche auf. Bisweilen, besonders aber bei der beginnenden Besserung, machen sich die Einsenkungen zuerst meist im linken unteren Bauchquadranten bemerkbar. Hochgradigere Gasentwicklung im Darm vermag natürlich vorübergehend in wechselnder Ausdehnung derartige Befunde für kürzere oder längere Zeit mehr oder weniger zu verdecken. Daneben beobachten wir, dass je länger je mehr, in erster Linie bei den vornehmlich atonischen Formen der chronischen Koprostase, sich, und zwar meist zunächst bei der Palpation der Därme quatschende, quiekende und verwandte Geräusche bemerkbar machen. Dieselben sind teils nur an einzelnen, umschriebenen, sich gewöhnlich bald an Zahl mehrenden Stellen vorhanden, bald aber treten sie ziemlich gleichzeitig in grosser Ausdehnung im Bauch, gewöhnlich von links her beginnend, bis zu der Gegend des Blinddarms sich erstreckend auf.

Die geschilderten Erscheinungen können nun in der mannigfaltigsten Weise sich kombinieren und es kann sich auf diese Weise ein ziemlich buntes, rascher oder langsamer sich änderndes Bild bei der Untersuchung des Bauches sich entwickeln. In einer Reihe von Fällen kann man sich daraus, wie diese quatschenden Geräusche vom Colon descendens durch das Quercolon nach dem aufsteigenden Dickdarm bis in die Blinddarmgegend sich ausbreiten, ein freilich nur ganz ungefähres Bild davon machen, wie schnell das Oel sich in dem Darne von unten nach oben verbreitet. Kleine Mengen Oel können natürlich schon bis zum Blinddarm vorgedrungen sein, ohne dass sich das durch irgend ein Symptom zu verraten braucht. Wenn man aber solche über den gesamten Dickdarm verbreiteten Geräusche tagelang nicht nur unverändert, sondern sogar an Menge zunehmend ebenso lange in gleicher Weise, trotz der täglich sich wiederholenden Oel-eingießungen weiterbestehend findet, und die Darmausleerungen im allgemeinen mehr oder weniger unzureichend erscheinen und Schmerzen weder spontan noch auf Druck kaum empfunden werden, dann haben wir das Bild, welches bei der chronisch-atonischen Koprostase verhältnismässig häufig beobachtet wird und welches zu weiterem therapeutischen Einschreiten Veranlassung giebt. Es handelt sich nämlich nun darum, die offenbar erweichten Kotmassen, die vorher als die geschilderten harten Knollen und Stränge imponierten und welche herauszuschaffen der Darm sich nichtsdestoweniger als unkräftig erweist, zu evakuieren. Wir werden später zu sehen Gelegenheit haben, was in solchen Fällen die Massage des Bauches zu leisten vermag. Ich benütze ad hoc gewöhnlich zunächst innerliche Mittel, und zwar vermeide ich auch hier sehr kräftige Abführmittel, insbesondere Drastica. Sie würden auch schlecht für den müden Darm passen, den sie ganz nutzlos reizen würden. Ich benutze zur Verstärkung der Wirkung der Oelklysmen, die ich in solchen Fällen nichtsdestoweniger in gleicher Weise weiter gebrauchen lasse — und die bei ausreichender Geduld schliesslich auch wohl allein zum Ziele

führen und vielleicht dem Darm besser dienen würden — als weitere Reizmittel gar nicht selten „Schiebemittel“, d. h. Mittel, welche dazu dienen sollen, den trägen, den Oelklysmen zu langsam parierenden Darm etwas zu purren. Der Zweck wird in der Regel erreicht, ein ersichtlicher Schaden wird bei der Wahl der geeigneten Mittel, bei deren richtiger Dosierung und bei nicht zu häufiger Wiederholung des Darmreizes nicht gestiftet. Dagegen wird bei trägem Gange der Behandlung der atonischen Form der chronischen Constipation lediglich mittels der Oelklysmen das Vertrauen ungeduldiger Patienten durch solche Massnahmen, welche ein etwas beschleunigteres Tempo der Evakuation des Darms bewirken, erhöht. Bei der spastischen Constipation ist von solchen Schiebemitteln Abstand zu nehmen. Ich lege dabei durchaus kein Gewicht darauf, dass die Evakuation des Darms erheblich schneller oder gar stürmisch vor sich geht. Das allmähliche Vorrücken der Kotmassen nach abwärts ist schon ein Gewinn. Besonders instruktiv kann man dieses Vorrücken bei noch nicht völlig erweichten, noch nicht quatschenden Kotmassen in bereits zum Teil entleerten Darmpartien verfolgen. Es braucht hier nicht weiter auseinandergesetzt zu werden, wie vorteilhaft solches Verfolgen des Kurerfolges für die Behandlung ist. Hier lernt man auch individualisieren, d. h. die Mittel und ihre Dosierung dem konkreten Falle genau anpassen. Ohne daher irgendwie der Schablone das Wort zu reden, will ich hier kurz anführen, welche Medikamente ich hierbei in Anwendung ziehe. Folgende Gesichtspunkte scheinen mir bei dieser Auswahl in erster Reihe beachtet werden zu müssen. Dieselben sind andere als bei der Bekämpfung der habituellen Stuhlträgheit und der durch Oelklysmen noch nicht beeinflussten Koprostase. Zu der Evakuierung der in dem Lumen des Dickdarms befindlichen, durch Oel erweichten Massen können, da es sich um Mittel handelt, welche seltener in Anwendung gezogen werden, etwas stärker und zuverlässig wirkende Abführmittel in Gebrauch genommen werden. — In erster Reihe wende ich Calomel an, zunächst

0,1. Versagt dies, so werden zwei solche Dosen, also 0,2 Calomel verabreicht. Personen, welche Ol. Ricini vertragen, können 15—20 g davon erhalten. Bei Patienten, welchen das Ricinusöl Beschwerden macht, insbesondere den Appetit schädigt, haben mir die Ricininhaltigen Pillen Boudard im allgemeinen recht gute Dienste geleistet. In der Regel genügt eine Pille während des Abendessens. Diese Dosis kann ohne Nachteil etwas erhöht werden. In einer Reihe von Fällen habe ich auch die Wirkung des Oelklysmas durch Zusatz von 15—30 g Ol. Ricini, in sehr rebellischen Fällen durch 40,0—50,0 g Ol. Ricini verstärkt. Als ultimum refugium galt mir immer in sehr hartnäckigen Fällen das Pulvis liquir. composit. oder — abwarten. Welches dieser Mittel am schnellsten, besten und sichersten zum Ziel führt, hängt von der Eigenart des Falles und der Individualität des betr. Individuums ab, welcher bis zu einem gewissen Grade Rechnung getragen werden muss. Jedenfalls dürfte aber auf die angegebene Weise das angestrebte Ziel, den Dickdarm von den in ihm angehäuften verflüssigten Massen zu befreien, in der Regel erreicht werden. Die Oelklysmen gehen mit den anderen eben angeführten Mitteln in ihrer Wirkung Hand in Hand. Die ersteren verflüssigen den harten Kot bezw. lockern denselben, die letzterwähnten Mittel dienen seiner Evakuation. Den abgehenden flüssigen sind demgemäss auch harte, mehr oder weniger grosse mörtelartige, teils weiss oder gelblich, teils dunkler bis schwarz gefärbte Massen beigemengt. Für den Arzt und den Kranken giebt es nun eine keineswegs angenehme Ueberraschung, wenn sie nach der Evakuierung des Bauches von diesen verflüssigten und den festeren abgangsfähigen Kotmassen sich oft genug wieder einem dem anfänglichen, bereits beschriebenen ganz analogen oder gleichen Zustande gegenüber befinden, welcher natürlich einen erneuten Angriffspunkt für dieselbe Behandlung bildet. Dieselbe nimmt manchmal kürzere, manchmal aber auch längere Zeit als die Beseitigung der „ersten Etage“ des stagnierenden Kotes in Anspruch. Dasselbe

Spiel kann sich übrigens auch danach noch ein oder einige Male wiederholen. Die Deutung solcher Vorkommnisse ist nicht schwer, sie haben ihre Analogien. Man findet nämlich gelegentlich bei hochgradigen Magenerweiterungen — und zwar habe ich dies nur bei solchen Personen gesehen, welche durch Magenausspülungen eine Beseitigung ihrer Beschwerden erfuhren und insbesondere auch bei geeigneter Diät von dem massenhaften Erbrechen nicht mehr behelligt wurden — dass bei den ersten Magenausspülungen, eine Zeitlang nachdem das Spülwasser ganz klar abgeflossen war, mit demselben immer wieder alte Massen zu Tage gefördert wurden, nachdem sie durch den Wasserstrahl erweicht worden waren. Ich erinnere mich eines an einer enormen Magenerweiterung leidenden, alten hannöverschen Bauers, für dessen erste von mir selbst ausgeführte Magenausspülung nicht weniger als fünf Stunden erforderlich waren. Ich kann mir solche Magen- und Darmbefunde schlechterdings nicht anders zu rechtlegen, als durch die Annahme, dass im Verdauungskanale die Inhaltmassen durch Eindickung einen ausserordentlichen Grad von Festigkeit erreichen können, welcher gegenüber die muskulären Kräfte des Verdauungskanals sich durchaus insufficient erweisen. Es bedarf in solchen Fällen einer nicht nur ausgiebigen, sondern auch nachhaltigen Nachhilfe, um solche störrischen Massen zur Evakuierung reif und geeignet zu machen und sie aus dem Darm glücklich herauszuschaffen. Wie oft oder wie selten solche Fälle überhaupt vorkommen, vermag ich im allgemeinen nicht zu sagen. Jedoch habe ich verhältnismässig oft Gelegenheit, solche Dinge zu sehen.

Es ist ebenso bekannt wie einleuchtend, dass sehr viele Menschen sich trotz aller Beschwerden doch erst sehr spät zu einer Anstaltsbehandlung entschliessen und dieselbe, ohne die Heilung abzuwarten, gewöhnlich sofort abzubrechen lieben, sobald sie eine Erleichterung ihrer subjektiven Beschwerden empfinden. Eine solche pflegt gar nicht selten nach relativ kurzer Zeit einzutreten. Es darf aber nicht erwartet werden,

dass dieselbe eine definitive und dauernde ist. In manchen Fällen sieht man eine solche freilich — und das sind die günstigsten — bereits nach einer vier- bis sechswöchentlichen Behandlung mit Oelklysmen eintreten. In vielen Fällen gelingt dies aber nicht, sondern es braucht viel mehr Zeit um sehr hochgradige und verbummelte Fälle von chronischer Koprostase nachhaltig oder dauernd in Ordnung zu bringen. Indes ist dies doch bei Sorgsamkeit und Ausdauer verhältnismässig oft sogar bei in höherem Lebensalter stehenden Personen zu erreichen. Es ist ausserordentlich schwer, in dieser Beziehung eine sichere Prognose zu stellen. Es kommt gar nicht selten vor, dass die Oelbehandlung anfangs von raschem und geradezu glänzendem Erfolge begleitet ist und dass weiterhin sich erst zeigt, dass infolge verschiedener Umstände der Verlauf der Kur ein schleppender ist. Indes kommt auch das Umgekehrte vielleicht nicht minder oft vor. Jedenfalls empfiehlt es sich, auch bei dem anscheinend günstigen Verlauf dem Darm und seinen Funktionen auch nach dem Abbrechen der Behandlung eine grosse Aufmerksamkeit zuzuwenden. Selbst wenn man bei der Palpation des Bauchs von Knoten, Knollen und Strängen nichts mehr im Darm fühlen kann, darf man annehmen, dass doch gewöhnlich noch genug Reste von hartem Kot in ihm vorhanden sind, welche zu evakuieren sind. Unter allen Umständen empfiehlt es sich nicht, die Oelbehandlung brüsk abzubrechen und zwar auch dann nicht, wenn der Darm genügend entleert erscheint, und zwar besonders auch deshalb nicht, weil die Oelklysmen nach meiner Erfahrung dasjenige Mittel sind, welches den Darm am ehesten zu einer geordneten Thätigkeit zu erziehen vermag. Ich lasse daher in der Regel mit den Oelklysmen meist in der Weise aufhören, dass zunächst einen um den andern Tag, dann nach Verlauf von zwei Tagen u. s. w. und schliesslich jede Woche einmal die Oeleingiessungen eventuell mit nachfolgender Salzwassereingiessung wie oben angegebeu wiederholt werden. Auch an den Tagen, an welchen ein Oelklyσμα nicht verabreicht wird, lasse ich eine Eingies-

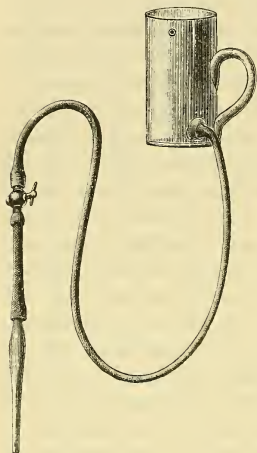
sung mit Salzwasser in der oben (Seite 152) angegebenen Weise nehmen. Es giebt wenig Menschen, welche so viel Musse haben, um dem Darm so viele Zeit zu widmen, dass sie durch Monate hindurch eventuell die Oelklysmen am Tage machen können. Gewöhnlich vollzieht sich die Sache so, dass die betreffenden Patienten, die sich zu einer Anstaltsbehandlung entschlossen haben, — dieselbe sichert den Erfolg der Behandlung am besten, weil gewöhnlich nur dadurch eine prompte, in allen Punkten den zu stellenden Anforderungen entsprechende Kontrolle und Durchführung gesichert wird — zunächst in der Anstalt einen gewissen Teil der Behandlung durchmachen und sie nachher im Hause weiter durchzuführen wünschen. Eine ärztliche Kontrolle ist in solchen Fällen immer zu verlangen, und wenn eine solche sachgemässe Beaufsichtigung der Behandlung fehlt, dann ist ein gedeihlicher Fortschritt nicht zu erwarten. Wenn sich, was wohl anzunehmen ist, diese Behandlungsmethode immer weiteren Boden in den ärztlichen Kreisen verschafft, dann wird diese einfache und rationelle Therapie immer mehr Nutzen bei der Behandlung von Darmkrankheiten stiften. In sachverständiger Hand lässt sich diese Behandlungsmethode auch mehr und mehr von den ihr anhaftenden Unliebsamkeiten, welche oben (Seite 156) bereits erwähnt wurden, entkleiden. Der angestrebte und doch in einer sehr grossen Reihe von Fällen zu erreichende Erfolg dieser Klysmenbehandlung besteht schliesslich darin, dass die betreffenden Kranken dauernd ohne Abführmittel durchkommen. Freilich, abgesehen von den durch die Applikation des Oels bedingten vermeidlichen Unannehmlichkeiten, giebt es auch eine Reihe von sachlichen, schwerer oder auch gar nicht zu umgehenden Schwierigkeiten bei der Oelkur. Das sind die durch die Verflüssigung und die Evakuation der Kotmassen bedingten Beschwerden. In erster Reihe sind hier zu erwähnen die zu reichlichen und zu ungeeigneter Zeit erfolgenden Ausleerungen. Dadurch kann der Schlaf unruhig und gestört werden, welcher ohnedies durch die im Darm sich einstellende Bewegung oft genug unterbrochen

wird. Ferner sehen wir, dass besonders bei der spastischen Constipation die genannten Beschwerden recht störend werden können. Durch die Anwendung von Stopfmitteln etwa zu reichliche Stuhlgänge zu hemmen, und besonders deshalb Opiate zu reichen, dazu habe ich mich weder in diesen Fällen noch bei heftigeren Koliken entschliessen können. Ich bin dabei immer mit warmen hydropathischen Umschlägen, mit Valeriana und mit verwandten Mitteln ausgekommen. Im ganzen nur selten habe ich unter solchen Umständen mich dazu bereit finden lassen, die Oelkur an einem oder an mehreren Tagen auszusetzen. Den Patienten ist das gewöhnlich auch keineswegs erwünscht. Sie sehen sehr bald ein, dass diese Beschwerden um so schneller vorübergehen, je mehr man unentwegt durch die Oelbehandlung die diese Beschwerden veranlassenden Ursachen wegschafft. Auch bei unheilbaren Leiden, wie bei chronischen Unterleibsentzündungen, die von erheblichen Koprostasen oder von damit abwechselnden Durchfällen begleitet sind, ebenso wie bei inoperablen Darmkrebsen ist die Oelbehandlung das Mittel, welches am meisten Ruhe zu verschaffen vermag und die Darmstörungen nicht nur mildern, sondern eventuell auch vorübergehend ganz beseitigen kann. Dabei sind die dem Oel anhaftenden Qualitäten derartig, dass sich die Ergebnisse der Behandlung in der möglichst milden Weise vollziehen. Wie bei den die Cholelithiasis und die Urolithiasis begleitenden hartnäckigen Constipationen, leistet die Behandlung mit Oelklysmen auch bei der Cholelithiasis selbst oft sehr gute Dienste. Trotz dieser Vorzüge fehlt es freilich auch bei Behandlung der chronischen Koprostase doch nicht an weiteren Unannehmlichkeiten, welche in dem Verlaufe der Oelbehandlung auftreten können. Hierher gehören magendyspeptische Symptome. Wir haben oben (S. 59 und folgende) bereits gesehen und werden nochmals darauf zurückzukommen haben, dass im Verlauf der chronischen Koprostase Magenstörungen verschiedener Art gar nicht selten vorkommen. Es wird also kaum wundernehmen, dass, wenn durch die Oelklysmen — um es mit

einem recht banalen Namen zu bezeichnen — der stagnierende Darmkot aufgerührt wird, bereits bestehende Magenstörungen gesteigert, bezw. wofern sie vorher noch nicht bestanden, wachgerufen werden. Diese Magensymptome bestehen in schlechtem, bisweilen als geradezu ekelhaft, sogar einigemal als kotartig bezeichnetem Geschmack. Auch die Zunge ist oft belegt. Es besteht bisweilen ein recht intensiver Mundkatarrh. Dieser allein ist imstande, insbesondere neben gastrischen Störungen den Appetit zu beeinträchtigen. Die dyspeptischen Symptome steigern sich aber nie zu öfter sich wiederholendem Erbrechen, wofern keine ernsteren Magenkomplikationen bestehen. Fast immer ist das gelegentlich besonders bei solchen weiblichen Kranken auftretende Erbrechen von einer mit solchen Zuständen sehr oft vergesellschafteten Migräne abhängig. Je reinlicher die ganze Oelbehandlung sich vollzieht, um so weniger treten gastrische Störungen dabei auf. Ein Teil der infolge der Oelklysmen auftretenden Symptome versteht sich aus den auf Seite 153 bereits erwähnten Grütznerschen Versuchen, nach welchen die Thatsache, dass unter günstigen Umständen beim Menschen kleine Partikelchen vom Mastdarm in den Magen wandern, über alle Bedenken erhaben zu sein scheint. Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass unter Umständen die beim physiologischen Versuch am Menschen gesetzten Bedingungen auch bei den Klysmen wirksam werden können. Die Versuchsanordnung beim Menschen bestand darin, dass die betreffende Versuchsperson, welche nach dem Mittagessen ausser vielleicht etwas Flüssigem bis zum nächsten Morgen nichts genossen hatte, sich dann eine Aufschwemmung von mikroskopisch leicht erkennbaren Stärkekörnern in ca. 250 g physiologischer Kochsalzlösung in den Anus einspritzte. Gegen Mittag wurde der Magen ausgepumpt, und in jedem Präparat liessen sich mikroskopisch die genannten Stärkekörnchen nachweisen. Wir werden also wohl annehmen dürfen, dass gewiss kein geringer Teil der bei Anwendung von Klysmen bei der Koprostase auftretenden magendyspeptischen Symptome aus dem Dickdarm stammt, sei es von gewissen,

aus dem Dickdarm aufsteigenden, kleinsten, festen oder flüssigen Partikelchen oder auch von gasförmigen Produkten der Darmverdauung. Auch die übrigen, die Koprostase so oft begleitenden allgemeinen oder lokalen Störungen, über deren Behandlung ich mir vorbehalte, nachher noch einige Worte zu sagen, erfahren während der Oelkur nicht selten eine Steigerung. Ehe es zu einer definitiven Besserung oder Heilung kommt, pflegt gewöhnlich eine Verschlimmerung der Symptome in der einen oder anderen Richtung eventuell auch sämtlicher Erscheinungen einzutreten, welche für den Unerfahrenen und besonders für den Kranken gewöhnlich etwas Niederdrückendes haben, während sie für den mit der Sachlage Vertrauten erfreulich und ermutigend sind, weil er darin den Anfang von dem günstigen Ausgang zu erblicken allen Grund hat. Es erfolgt danach gewöhnlich ein mehr oder weniger stetiger, bei sehr veralteten Fällen allerdings durch mannigfache Schwankungen unterbrochener Fortschritt zum Guten. Ich habe mich bemüht, in den vorstehenden Auseinandersetzungen ein freilich nur schematisches Bild — etwas anderes ist bei den komplizierten und so viele Varianten bietenden Verhältnissen nicht möglich — von dem Verlauf der chronischen Koprostasen unter dem Einfluss von Oelklystieren zu geben, weil es mir für eine gedeihliche Behandlung notwendig erscheint, die Entwicklung der Verhältnisse im Darne während einer solchen Behandlung zu kennen und in jedem Einzelfalle zu verfolgen. Der Arzt, der diese Verhältnisse im konkreten Falle genau zu würdigen versteht, tappt nicht im Finstern, sondern er weiss, wann und wie er die angegebenen, die Wirkung des Oels unterstützenden Mittel zu gebrauchen hat. Natürlich lässt sich das, wie bei jeder anderen Behandlungsmethode, hier nur im allgemeinen sagen. Uebung, Erfahrung, sorgsame Beobachtung und Untersuchung, aufmerksames Verfolgen der Geschehnisse in jedem Einzelfalle, das sind die ersten Vorbedingungen für eine erfolgreiche Behandlung der chronischen Koprostase. Bevor ich zu der Erörterung der übrigen bei der Therapie derselben in Frage

kommenden Faktoren übergehe, erübrigt es, nachdem ich bereits oben (Seite 157) die von mir angewandten Mohnölmengen angegeben habe, einige Bemerkungen über das von mir gebrauchte Instrumentarium anzuschliessen. Ich benutze dazu den nebenstehend abgebildeten Apparat. Zur Er-



läuterung sei noch folgendes bemerkt. Der Irrigator sei ein graduiertes Glasgefäss. Dasselbe kann am besten reingehalten werden. Der ca. $\frac{3}{4}$ Meter lange Schlauch ist aus schwarzem Kautschuk hergestellt. Es muss hierzu solcher von durchaus tadelloser Qualität verwandt werden. Ein mit einem dichthaltenden Krahn versehenes Verbindungsstück trennt den Schlauch von dem zum Einführen in den Mastdarm dienenden Ansatzstück. Das Ansatzstück ist aus mit Kautschuk überzogenem Seidengewebe angefertigt. Es hat eine Länge von 15 cm, von denen der unterste Teil (9 cm) weich ist.

Sein Lumen hat einen Durchmesser von 4 mm, die Wanddicke beträgt 2 mm. In das obere, dem mit dem Krahn versehenen Verbindungsstück anzufügende Ende des Ansatzrohres ist eine Aluminiumhülse eingeschoben, wodurch das Zusammenknicken verhindert wird. Alle diese Teile müssen genau in- und aneinander gefügt werden können. Ich benutze als Ansatzrohr ein solches mit nicht zu weitem Lumen. Die Einflusszeiten, welche nötig sind, damit 300,0 g Oel in den Mastdarm einfließen, sind natürlich bei den verschiedenen Fällen etwas verschieden. Als die kürzeste Zeit können 4, als die längste etwa 6 Minuten angesehen werden. Bevor man das Oel in den Mastdarm einfließen lässt, muss die Luft aus dem Schlauch und aus dem Ansatzrohre verdrängt sein. Auch wenn man

das Oel in der Rückenlage der Patienten, bei nicht erhöhtem Kreuz oder in einer der beiden Seitenlagen in den Darm einfließen lässt, wird dasselbe von dem Schliessmuskel des Mastdarms zurückgehalten. Ich habe dies sogar bei mässig grossen Dammrissen beobachtet. Die beiden Ränder des Risses werden von der Klystierenden mit den Fingern aneinander gebracht und während des Eingiessens des Oeles fest zusammengehalten. Während das Oel in dem Mastdarm verweilt, haben sich die Kranken ruhig im Bett zu halten. Sie würden indes das Bett verlassen können, ohne befürchten zu müssen, dass das Oel vorzeitig abgeht. Erst wenn nach möglichst vierstündigem Verweilen des Oels im Dickdarm das Salzwasserklyisma appliziert ist, verlassen die Kranken nach wenigen Minuten das Bett. Das Wasser soll nicht längere Zeit zurückgehalten werden. Die Stuhlausleerung muss sofort angestrebt werden. Freilich geschieht dies nicht immer. Eine meiner Patientinnen hielt das Oel- und das vier Stunden später applizierte Wasserklyisma hartnäckig zurück. Sie machte nachmittags damit einen mehrstündigen Spaziergang, ohne dass etwas abging, und nach der Heimkehr hatte sie befriedigende Ausleerungen. Die Patientin hatte übrigens einen ausgezeichneten Erfolg der Behandlung, und besonders wurde auch die Leistungsfähigkeit des Darmes eine recht gute. Die Kranken bleiben nachher den übrigen Teil des Tages auch ausser Bett, wofern nicht besondere anderweitige Indikationen vorliegen. Bei nächtlicher Applikation des Oeles verlässt der Kranke früh, sofort nach der Einverleibung des Wasserklysmas das Bett. Die Stühle sind derartig zu entleeren, dass deren Kontrolle jederzeit von sachverständiger Seite erfolgen kann. Die jedesmalige Wirkung der Klysmen lässt sich nur aus der Kombination der Untersuchung des Bauches und der Stuhlgänge mit grösserer oder geringerer Sicherheit ermessen. Die Mastdarmgegend muss — und dies gilt insbesondere von den weiblichen Kranken, bei welchen auch während der Menstruation Oelklysmen appliziert werden — vor sowie auch nach der Darreichung der Oelklysmen

sorgfältig gereinigt werden. Auf diese Weise wird man auch am ehesten das Wundwerden des Mastdarms verhüten. In den ersten Tagen der Behandlung wird nicht selten über Missgefühle am After geklagt, welche meist nach kurzer Zeit verschwinden. Eine anatomische Ursache konnte ich für diese Klagen nicht finden. Eine besondere Sorgfalt verdient das Einführen des Mastdarmrohres bei dem Vorhandensein von Hämorrhoidalknoten, denen wir bei solchen Kranken recht häufig begegnen. Natürlich müssen bei der Verabreichung der Oelklysmen alle Vorsichtsmassregeln in Anwendung gebracht werden, welche bei der Applikation der Klystiere überhaupt notwendig sind. Eine wesentliche Sache bilden die sofortige sorgsame Reinigung und das stete Reinhalten des Instrumentariums. Der Arzt muss sich auch um diese Dinge kümmern. Wir benutzen zur Reinigung folgendes Verfahren. Der 500 ccm fassende Irrigator wird mit einer Sodalösung, zu welcher etwas Schmierseife hinzugefügt wird, gefüllt. Die Flüssigkeit wird zu Schaum geschlagen. Hernach lässt man dieselbe durch Irrigator, Schlauch und Krahn durchlaufen. Ab und zu werden Krahn und Schlauch in eine Sublimatlösung (1 : 1000) gelegt. Alsdann wird der Krahn in seine Teile zerlegt und jeder einzeln gereinigt. Einige Tropfen Alkohol erweisen sich dabei als sehr vorteilhaft. Das Ansatzrohr wird zweckmässig mit Salz gereinigt. Das angefeuchtete Ansatzrohr wird mit einem Läppchen, auf welches etwas Salz aufgestreut ist, abgerieben. Alsdann lässt man reichlich Wasser durch das Ansatzrohr hindurchlaufen. Ab und zu empfiehlt es sich, das Ansatzrohr mit einer feinen Bürste zu reinigen. Der Apparat muss stets so rein sein, als wäre er ungebraucht. In der Regel genügen Ansatzrohre von der Länge der abgebildeten. Wenn man aber hartnäckige Koprostasen hat, bei denen die angeführten Methoden nicht zum Ziele führen, dann bringt die Einführung eines langen Darmrohres in der Form eines weichen Schlundrohres häufig Abhilfe. Man kann dasselbe hoch in den Dickdarm, bis zu der Stelle, wo man Kotknollen fühlt, in die Höhe

führen. Das Oel erscheint gewöhnlich in der Mehrzahl der Fälle in scheinbar völlig unverändertem Zustande entweder für sich oder mit den Kotmassen wieder, bisweilen aber finden sich ausser dem flüssigen Oel konsistente, in grösseren oder kleineren Mengen auftretende seifenartig aussehende Massen, welche teils plattenförmige, teils mehr oder weniger unregelmässige Formen zeigen. Dieselben schwimmen meist in dem flüssigen Oel, in dem teils dünne oder dünnbreiige Kotmassen in grösserer oder geringerer Menge sichtbar sind. In den Fällen, in denen die beschriebenen seifenartigen Massen neben flüssigem Fett auftreten, sind sie in der Regel, wenigstens in den meisten Stuhlgängen vorhanden.

Ich wende mich jetzt zu der Besprechung der bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Koprostase in Betracht kommenden manuellen Behelfe. Was in dieser Beziehung über die Kotanhäufungen im Rectum zu sagen ist, habe ich bereits oben (Seite 148 und flgde.) auf Grund meiner Ermittlungen mitgeteilt. — Es wird sich demnach im wesentlichen darum handeln, über den Einfluss des Bestreichens und des Massierens des Bauches einige Bemerkungen hinzuzufügen. Es kommt bei ersterem darauf an, durch sanftes Streichen in der Gegend des Colon descendens von oben nach unten, also im allgemeinen in analoger Weise wie bei der oben besprochenen Mastdarmmassage, die Peristaltik des absteigenden Dickdarms anzuregen. P ř i b r a m hebt (l. c. Seite 70) besonders hervor, dass diese Prozedur und eine sanfte spiralige Effleurage des Unterleibes bei starker, gewohnheitsmässiger Stuhlträgheit gut thun. Ich kann diese Beobachtungen P ř i b r a m s auf Grund meiner eigenen Erfahrungen durchaus bestätigen. Was die Massage des Bauches anlangt, so bin ich auch darin der Ansicht P ř i b r a m s, dass bei der starken, gewohnheitsmässigen Stuhlträgheit ein Kneten, ein kräftiges Massieren des Unterleibs, welches man bisweilen so ausführen sieht, als sollte eine Wurst ausgepresst werden, entschieden zu widerraten ist. Es wird in dieser Beziehung viel gesündigt. Man kann zu der Massage des Darms nur

Menschen mit weichen und geschickten Händen brauchen. Bei der spastischen Constipation darf überall erst dann eine sanfte Massage ausgeführt werden, wenn die Spasmen beseitigt sind und ihre Ausführung ohne erneutes Auftreten von Schmerzen möglich ist. Man sollte überhaupt den Darm nicht massieren, so lange derbe, feste Kotknollen und Stränge im Bauch palpierbar sind, deren Zerkleinerung durch die bei der Bauchmassage angewandten Manipulationen zwar vielleicht nicht unmöglich, aber nicht empfehlenswert erscheint. Derartige Gewaltthätigkeiten sind für den Darm keineswegs gleichgültig. Wenn man ausgedehnte quatschende Geräusche bei der Palpation des Bauches wahrnimmt, welche im Bereiche des Darmes sich befinden, dann ist die Zeit zum Beginn der Darmmassage gegeben. Es ist nicht notwendig, dass der Arzt selbst die Bauchmassage ausführt, aber er muss über das, was dabei zu geschehen hat, nicht nur genügend unterrichtet sein, sondern er muss auch die Massierenden in dieser Richtung ausreichend anweisen. Das massierende Personal muss überdies imstande sein, zu verstehen, was ihm der Arzt über die Darmverhältnisse in dem betreffenden Falle sagt, und muss ein wirkliches Verständnis für den konkreten Fall in dieser Richtung an den Tag legen. Diejenigen Masseur, welche sich nicht so weit in die Geschichte des Einzelfalles hineinleben und die durch die Oelklysmen bedingten Veränderungen nicht verfolgen können, haben ihren Beruf total verfehlt und man wird keine Freude an ihren Leistungen haben. Natürlich muss der Arzt bestrebt sein, sich sein massierendes Personal in den angegebenen Richtungen zu erziehen und die in dessen Händen befindlichen gedruckten Anweisungen¹⁾ dem betreffenden Falle entsprechend zu verändern oder zu ergänzen. Es sollen hier nur einige Direktiven in dieser Beziehung angegeben werden. Zunächst wird bei der Bauchmassage das, was vorher über das Bestreichen des Bauches gesagt wurde,

¹⁾ Cf. Granier, Lehrbuch für Heilgehilfen und Massöre. Im amtlichen Auftrage des Kgl. Polizeipräsidiiums in Berlin verfasst. 2. Aufl. Berlin 1900, Seite 120, § 321—324.

zu berücksichtigen sein. Am rationellsten ist bei der eigentlichen Bauchmassage der Handgriff, wobei man mit dem auf den Bauch gelegten Daumenballen den Inhalt des aufsteigenden Teils des Dickdarms in den Quergrindarm und von da in das absteigende Colon zu streichen sucht. Das sogen. Durchkneten, sowie das Durchwalken des Bauches erfordert natürlich eine besonders feinfühligte Hand. Es kommt hier darauf an, bestimmte Partien des Darmes zu fassen und mit der nötigen Delikatesse ohne jede Gewaltanwendung zu bearbeiten. Als ersten und wichtigsten Grundsatz neben diesen und verschiedenen anderen Massagemethoden des Unterleibes, bezw. des Darmes, muss neben der ganz absolut schonenden Ausführung derselben nichtsdestoweniger ihr eigentlicher Zweck festgehalten werden, die Thätigkeit des Darmes durch vorsichtig applicierte Reize anzuregen. Dass dies bei dem Reiben und Streichen des Bauches auf reflektorischem Wege geschehen kann, haben wir vorher bereits gesehen. Indes kann man es auch auf direktem Wege erreichen, wenn man während des sanften Streichens des Bauches — die etwa vorhandene Muskelspannung überwindend — mit den streichenden Fingern sofort in die Tiefe gegen den Darm dringt und, soweit dies ohne grosse Kraftanwendung geschehen kann, den Darminhalt, wofern er bereits erweicht ist, sanft knetend vorsichtig in dem Darmlumen weiter zu schieben sucht. Um diese anzustrebenden Ziele der Darmmassage zu erreichen, braucht man übrigens keineswegs jeden Tag dieselben Handgriffe sklavisch zu wiederholen, sondern, abgesehen von den allgemeinen Manipulationen, welche vorhin beschrieben wurden, empfiehlt es sich die Ausführung der Massage der jeweiligen Sachlage verständnisvoll anzupassen. Dabei ist der Individualität des Patienten sorgsam Rechnung zu tragen. Es gilt betreffs der Massage des Darmes in dieser Beziehung ganz dasselbe, was von den übrigen Methoden der Darmbehandlung gilt. Im allgemeinen lässt sich folgendes raten: Die Darmmassage soll jedesmal nicht länger als höchstens 10 Minuten dauern. Die Dauer der einzelnen Sitzungen kann, mit etwa 5 Minuten beginnend,

allmählich erhöht werden. Es ist meist auch nützlich, bei den einzelnen Sitzungen eine kurze Ruhepause eintreten zu lassen. Ich lasse die Bauchmassage in der Regel nicht länger als 4—6 Wochen hintereinander fortsetzen. Ich pflege mit der Massage des Bauches gewöhnlich eine Massage der gesamten Körpermuskulatur verbinden zu lassen. Eine gewisse Art der Bauchmassage kann das betreffende Individuum an sich selbst ausführen und die dabei in Betracht kommenden milderer Eingriffe können lange Zeit hindurch fortgesetzt werden. Hierher gehört insbesondere das Bestreichen des Bauches mit der Hand oder mit einer Metallkugel von 3—5 Pfund Gewicht, welche zweckmässig mit einem Wollstoff überzogen und die eventuell auch mit einem geeigneten Handgriff versehen ist. Das Instrument ist ganz nützlich. Es liegt dem Arzte ob, seinen Patienten, welchen er derartige Selbstmassage empfiehlt, über die Art der Anwendung ausreichende Vorschriften zu geben. Uebrigens soll auch diese instrumentale Selbstmassage nicht dauernd fortgesetzt werden. Jeder Reiz — und ein solcher ist die Massage unter allen Umständen — stumpft sich nach und nach ab und wird wirkungslos. Dies hat aber den unleugbaren Nachteil, dass dadurch viele Menschen nervös gemacht und eine, wofern sie richtig gehandhabt wird, an sich wirkungsvolle Methode zu einer leeren Formalität herabgesetzt wird, indem die Procedur je länger je mehr lax betrieben zu werden pflegt.

Ebenso wie der durch die Massage erzeugte Reiz kann der elektrische Reiz als ein bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit sowie der chronischen Constipation in Betracht kommender Heilfaktor in Anwendung kommen. Ich betrachte beide nur als Unterstützungsmittel der übrigen Behandlung und habe auch nicht gefunden, dass sie — jede dieser Methoden einzeln oder kombiniert angewendet — einen dauernden günstigen Erfolg erzielt haben. Die Kombination der Massage mit der elektrischen Behandlung kann ich nicht befürworten. Ich halte die Kumulation solcher Reize nicht für opportun. Ich erachte bei der Behandlung der Consti-

pation die Massage richtig angewendet für zweckmässiger und wirkungsvoller als den elektrischen Reiz, ohne mich im geringsten damit betreffs der allgemeinen Beantwortung der Frage zu engagieren, was vorzuziehen sei, die elektrische Behandlung oder die Massage. Jedenfalls ist ein Einfluss des elektrischen Reizes auf die chronische Constipation nicht zu leugnen. Man kann Friedrich Schultze¹⁾ nur beistimmen, wenn er — bestrebt in durchaus richtiger Weise den Kreis der Indikationen für die Anwendung der Elektrizität enger als seither zu ziehen — nichtsdestoweniger zugeibt, dass sehr viel günstiger (als bei den allgemeinen, progressiven Muskelatrophien) die Erfolge der verschiedenen Applikationsweisen des elektrischen Stromes bei gewissen Erkrankungen des Darmes, besonders bei der chronischen Constipation sind. Im allgemeinen scheint man dem unterbrochenen vor dem konstanten Strom den Vorzug zu geben. Indes sind auch die Erfolge der elektrischen Bäder und der Behandlung mittels der statischen Elektrizität (der sogen. Franklinisation) gerühmt worden. Betreffs der letzteren hat Bordier in Lyon²⁾ einige günstige Erfahrungen mitgeteilt. Eine allgemeinere Anwendung hat aber die Elektrizität bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit und der chronischen Constipation nicht gefunden. Sie ist dabei in demselben Grade, wie mir scheint in den Hintergrund getreten, je mehr die bereits in dem Altertum geübte, in der neuesten Zeit erst wieder in Aufnahme gekommene Massage populär geworden ist. Es erscheint sehr wünschenswert, ein geeignetes Personal für die Ausübung der Massage in grösserer Zahl auszubilden. In dieser Beziehung erscheint mir nicht nur aus humanen, sondern auch aus sachlichen Gründen der von Dr. Eggebrecht in Leipzig gemachte Vorschlag gerechtfertigt, entsprechend der in Japan seit Jahrhunderten, neuerdings auch in St. Petersburg

¹⁾ Friedr. Schultze. Ueber die Heilwirkung der Elektrizität u. s. w. Wiesbaden 1882, Seite 28.

²⁾ Cf. La Semaine médicale 5/6 1901. (Jahrgang 1901, Nr. 24).
Ebstein, Stuhlverstopfung. 12

und von Eggebrecht auch in Leipzig geübten Praxis, Blinde mit ihrem fein ausgebildeten Tastgeföhle als Masseure auszubilden. Nichtsdestoweniger werden sich auch weiterhin für die Anwendung der Elektrizität in ihren verschiedenen Applikationsweisen Liebhaber, besonders unter der besser situirten Minderheit der vielen mit Koprostase Behafteten finden. Ueber die dabei in Betracht kommenden Regeln und Vorschriften geben die Lehr- und Handbücher der Elektrotherapie Auskunft. Die richtige, dem individuellen Bedürfnis angepasste Auswahl der Art und Stärke des Reizes kommt hier auch in erster Reihe in Frage. — Die wohlhabenden Kreise pflegen auch die verschiedenen Arten des Sports zur Anregung der Darmthätigkeit zu benutzen, von denen die Jagd und das Reiten die zweckentsprechendsten sein dürften, vorausgesetzt, dass die betreffenden Individuen für die Pflege derselben die erforderlichen Eigenschaften haben. Turnen, Rudern, Radfahren, Bergsteigen werden von Koprostatikern zu Beförderung des Stuhls auch vielfach angewandt. Eine hartnäckige Constipation habe ich dabei ebensowenig heilen sehen, wie auch nicht bei Personen, welche jahraus jahrein täglich im Schweisse ihres Angesichts mehrstündige Spaziergänge machen. Harte Kotmassen werden infolge der reichlichen Wasserverluste durch die dabei in der Regel auftretende überreichliche Schweissbildung immer noch härter. Indes ist allen diesen körperlichen Uebungen ein gewisser, wenngleich individuell verschiedener Einfluss auf die Peristaltik des Darmes sicher nicht abzusprechen. Für Personen, welche an habitueller Stuhlträgheit leiden, deren Blähungen stocken, bieten alle Muskelübungen mehr oder weniger Erleichterung. Dasselbe gilt für geeignete Fälle von Constipation, insbesondere für Personen, welche gleichzeitig an Hämorrhoidalbeschwerden mit Knotenbildung leiden. Starke hämorrhoidale Blutungen schliessen diese Uebungen aus. Beachtenswert sind in dieser Beziehung die Mitteilungen, welche über Bewegungskuren mittels schwedischer Heilgymnastik und Massage mit besonderer

Berücksichtigung der mechanischen Behandlung des Dr. G. Zander von Dr. Hermann Nebel¹⁾ gemacht worden sind. Unter 1451 Patienten arbeiteten 104 Herren und 65 Damen gegen Constipation allein oder vergesellschaftet mit anderen Krankheitszuständen mit Hilfe der Zanderschen Methode. Nur in etwa einem Zehntel aller Fälle wurde manuelle Leibesmassage in Anspruch genommen. Die Erfolge waren nicht in allen, aber doch in der Mehrzahl der Fälle gut. Ich glaube, dass besonders bei der Nachbehandlung der chronischen Koprostase, durch welche Behandlung der Darm, von seinen Scybalis befreit, zu einer Steigerung seiner selbständigen Thätigkeit erzogen werden soll, diese mechanische Methode gute Erfolge zu verzeichnen haben dürfte. Sie scheint mir neben der Massage des Bauches — vorausgesetzt, dass sie zu rechter Zeit und in massvoller Weise angewendet wird — weitaus das zweckmässigste Ergänzungsmittel der oben ausführlich erörterten Koprostasenbehandlung zu sein. Auch hier ist ein verständiges Erfassen des Einzelfalles erforderlich, wenn solche Bewegungskuren einen dauernd guten Erfolg haben sollen. Viel geübt wird von den an habitueller Stuhlträgheit und der chronischen Constipation Leidenden die sogen. ärztliche Zimmergymnastik. In dem weitbekannten Büchlein von Dr. D. G. M. Schreiber²⁾ findet sich eine Vorschrift zur direkten Beförderung des Stuhlganges. Das Armwerfen, vor-, rück- und seitwärts, das Rumpfaufrichten und Rumpfkreisen, die Sägebewegung, das Axthauen, das Beinheben, die Trottbewegung auf einem Punkt; alle diese Uebungen in systematischer Reihenfolge und in vorgeschriebener Zahl bilden die zwecks prompten Stuhlgangs verlangten körperlichen Leistungen. Dass Schreiber nicht glaubte, damit ein Universalmittel zur direkten Beförderung des Stuhlganges zu haben, geht daraus

¹⁾ Nebel, Hermann, Frankfurt a. M. Bewegungskuren u. s. w. Wiesbaden 1889. S. 93.

²⁾ Schreiber. Aertzliche Zimmergymnastik u. s. w. 20. Aufl. Leipzig 1885. S. 93.

hervor, dass Schreiber bei zu hartem und trockenem Stuhl einfache laue, etwas reichliche Wasserklystiere als die unschuldigsten, schnellsten und überhaupt empfehlenswertesten Nachhilfsmittel empfiehlt. Ist damit entzündlicher Hämorrhoidalreiz verbunden, so solle man ihnen am passendsten noch ein wenig von einem ganz milden Oele (z. B. Leinöl) hinzufügen. Etwas anders lauten die Vorschriften, welche Schreiber gegen Trägheit und Stockung der Unterleibsfunktionen überhaupt und gegen alle daraus hervorgehenden Krankheitszustände, namentlich Anschoppungen des Pfortadersystems, Verdauungsschwäche, habituelle Hartleibigkeit, daher stammende Kopfleiden und Hämorrhoidalbeschwerden, Unterleibshypochondrie, Hysterie, Melancholie u. s. w. giebt (cf. 1. c. S. 91). Die turnerischen Uebungen sind dabei etwas modifiziert, vor allem wird aber hierbei als wirksames Mittel für die Regelung der Unterleibsfunktionen das *Masieren* oder *Durchkneten* des Unterleibs empfohlen. Was der Zimmergymnastik als ihre bedenklichste Eigenart anhaftet, ist die mit ihrer regelmässigen Durchführung verbundene Langeweile. Indes bei schlechtem Wetter und für Personen, denen anderweite Gelegenheit zur Bethätigung ihrer Muskulatur fehlt, mag auch dieser Behelf bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit oft genug von Nutzen sein.

Es wurde bereits oben mehrfach betont, welche Rolle bei der Behandlung der habituellen Stuhlträgheit sowie der chronischen Constipation und deren Komplikationen das ätiologische Moment spielt. Es kann hier nicht nochmals auf weitere Einzelheiten eingegangen werden, die bereits oben erwähnt wurden. Jedoch muss zunächst doch auf die oben (S. 17) erwähnte *Constipatio myogenita s. muscularis mulierum chronica* näher zurückgekommen werden. Hier spielt, wie Pincus mit Recht hervorhebt, die Prophylaxe, welche dafür zu sorgen hat, dass bei der Entbindung das Beckendiaphragma intakt bleibt und dass die Bauchdecken nach den Entbindungen gut involviert werden, eine grosse Rolle. Auf die Bedeutung der Bauchpresse für

eine normale Darmperistaltik ist früher genügend hingewiesen worden. Auf die eigentliche gynäkologische Behandlung derartiger Fälle versage ich mir hier näher einzugehen, weil mir die eigene Erfahrung in solchen Fällen fehlt. Jedenfalls habe ich auch bei den nach schweren puerperalen Zuständen entstandenen Koprostasen, wie überhaupt bei allen Koprostasen, welche sich infolge des Wochenbetts entwickelt hatten, die Oelklysmen als das mildeste Mittel erkannt. Sie sind auch am wirksamsten, wenn es sich darum handelt, der anderen Behandlungsmethoden hartnäckigen Widerstand leistenden Koprostasen Herr zu werden. Ich habe auch während der Schwangerschaft bei den schweren Koprostasen, die eine sehr unliebsame Komplikation der Gravidität sind, die Oelkur mit dem besten Erfolg angewandt. Nur bei den Schwangerschaften habe ich sie unterlassen, wo es sich um Frauen handelt, welche eine Neigung zum Abort haben. Bei Frauen, welche zum erstenmal schwanger waren, habe ich stets davon Abstand genommen. Dass ich bei regelmässig verlaufenden Menses die Oelklysmen nicht unterbreche, wofern sie von geübter Hand appliziert werden, habe ich bereits angeführt.

Bei Personen, welche Entzündungen des Wurmfortsatzes, bezw. sogen. perityphlitische Exsudate überstanden haben, pflegt die Oelbehandlung bei vorhandener Koprostase selten einen dauernden und gewöhnlich auch einen nur unvollständigen Erfolg zu haben. In solchen Fällen empfiehlt es sich, den Wurmfortsatz operativ zu entfernen. Vor der Operation empfiehlt es sich, durch eine ausgiebige Oelbehandlung den Darm erst so ausreichend wie möglich zu evakuieren. Nach dem, was ich beobachtet habe, ordnet sich nach der Entfernung des die Darmthätigkeit hemmenden Wurmfortsatzes dieselbe gewöhnlich viel leichter. Geschieht dies nicht, so empfiehlt es sich, nach der Entfernung des Processus vermiformis zur völligen Entleerung des Darmes, bezw. zu der Erziehung desselben zu einer geregelten peristaltischen Thätigkeit eine ordnungsmässige Oelbehandlung einzuleiten. Bei der akuten Appendicitis mit abgekapselten Exsu-

daten benutze ich gleichfalls bei gleichzeitig vorhandener Koprostate die Oelbehandlung. Ich war früher ein rigoroser Vertreter der Opiumbehandlung, bin aber davon gänzlich zurückgekommen. Ich wende jetzt das Opium bei derartigen Fällen nur dann an, wenn die Schmerzen unerträglich sind und sich die Kranken deshalb in eine ruhige Stellung nicht bringen lassen. Ich gebe auch nach Bedarf nur soviel Tropfen der Tinctura Opii simplex, wie notwendig sind, um den erwähnten Zweck zu erreichen. In der Regel genügen dazu bei ausgiebiger Entleerung des Dickdarmes weit geringere Opiumgaben, als man bedarf, wenn man für die genügende Evakuation nicht gesorgt hat. Der Verlauf ist bei dieser Art der Behandlung ein weit milderer, rascherer und schmerzloserer, als bei der Behandlung mit Opium allein, wie sie früher meist geübt wurde. Ich wende mich jetzt zu der Behandlung der im Gefolge der chronischen Constipation auftretenden Enteritis mucosa, von welcher bereits oben (S. 23) in ätiologischer, anatomischer und symptomatologischer Beziehung das Erforderliche gesagt worden ist. Die Frage, ob es auch eine zur Entleerung solcher Schleimmassen führende nervöse Darmaffektion giebt¹⁾, will ich hier nicht weiter diskutieren. Ich besitze nämlich keine eigenen Beobachtungen, welche mich zu einer solchen Annahme berechtigt hätten. Ich würde übrigens auch dabei die bei der Enteritis mucosa von mir in Anwendung gezogene Oelbehandlung für die mildeste und leistungsfähigste erachten. Das Oel in zweckmässiger Weise angewandt, ist das reizmildernde Medikament, welches dabei in Frage kommt. Ich bin bei der Behandlung der Enteritis mucosa im allgemeinen mit der Oelbehandlung in der oben genau auseinandergesetzten Methode, welche immer dem Einzelfalle entsprechend modificiert wurde, völlig ausgekommen. Das Opium habe ich dabei ebenso vermieden, wie die Massage

¹⁾ Cf. H. Westphalen, über die sog. Enteritis membranacea. Berliner klin. Wochenschr. 1901. No. 14—16.

des Bauches; desgleichen auch reizende Zusätze zu den Klysmen. Gelegentlich habe ich als „Schiebemittel“ Calomeldosen von 0,1—0,2 mit gutem Erfolge gegeben. Vortreffliche Dienste haben mir als schmerzlindernde Mittel warme Umschläge geleistet, teils in Form sogenannter warmer Priessnitzscher Umschläge, teils in Form der Kataplasmen aus Farina seminum lini. Innerlich habe ich von dem Gebrauch der Valeriana Nutzen gesehen¹⁾. Von der Belladonna habe ich weder bei den Schmerzen bei der Enteritis mucosa noch bei der unkomplizierten Constipatio spastica Nutzen gesehen. Ich habe immer beobachtet, dass durchaus entsprechend der Evakuation des Dickdarmes die Symptome der Colitis mucosa sich besserten, bezw. die schleimigen Abgänge in den Stuhlgängen in Form von Strängen, Fetzen und Häuten sich verminderten. Die bei dieser Colitisform, ebenso wie die bei den ohne solche Abgänge verlaufenden, durch die Koprostase bedingten Colitiden auftretenden Durchfälle waren für mich durchaus kein Grund die Oelbehandlung aufzugeben. Ebenso haben für mich die gelegentlich während derselben sich einstellenden stärkeren Diarrhöen nur bei den Patienten den Grund, ein etwas langsames Tempo der Oelbehandlung eintreten zu lassen, wenn — was ich nur selten gesehen habe — die Zahl und die Masse der Ausleerungen eine sehr grosse wurden und die Kranken sich dabei häufig fühlten. Man kann aber auch dann durch absolute Bettruhe allein die unliebsamen Erscheinungen oft ohne weiteres beseitigen. Als gutes Unterstützungsmittel wirken auch hier warme Kataplasmen. Jedenfalls habe ich niemals irgend welche Stopfmittel nötig gehabt. Insbesondere habe ich niemals Opiate gegeben. Durch solche Mittel wird nämlich die Behandlung in die Länge gezogen und der Erfolg verzögert. Ebenso wenig haben mich die im Verlauf der Oel-

¹⁾ Cf. A. Mathieu, Behandlung der Colitis membranacea. XIII. intern. med. Congress 1900 (Refer. im Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1900, S. 612).

behandlung nicht gar selten auftretenden magendyspeptischen Symptome veranlasst, von der Durch- und Weiterführung der Oelklysmen abzusehen, ebenso wie die ein Magenleiden vortäuschenden gastrischen Symptome, von denen oben (S. 50 und folgende) die Rede war, mich in den Fällen, in denen eine Koprostase erkannt worden war, nicht dazu veranlassen konnten, von der Oelbehandlung abzusehen. Ich bin dabei immer mit einer entsprechenden symptomatischen Behandlung ausgekommen¹⁾. Oft genügte eine geringe Modifikation der Ernährung. Immer wird man übrigens vor allen Dingen bestrebt sein müssen, die Diät so einzurichten, dass während der Oelbehandlung durch Excesse irgend welcher Art keine Verdauungsstörungen entstehen. In einer grossen Reihe von Fällen war die Magenfunktion während der ganzen Behandlung so normal, dass gar kein besonderes therapeutisches Eingreifen notwendig wurde. Auch die Darmerscheinungen, welche während der Oelbehandlung auftraten, worunter die gelegentlich der durch die Oelklysmen bewirkten Erweichung harter Kotmassen vermehrte Gasbildung in allererster Reihe Anlass zu geben pflegte, verlangten, abgesehen von den erwähnten, bei solcher Darmtympanie üblichen Mitteln, keine besonderen Medikamente. Uebrigens erreichte dieselbe niemals irgendwie beängstigende, wenn auch bisweilen recht belästigende Grade. Die besten Dienste leistete in der Regel

¹⁾ Ziemssen (Wiesbaden) will — cf. Berliner klinische Wochenschrift 1900, No. 33 — mittels der Magenpumpe, bezw. der Ausspülung des Magens, die Peristaltik nicht nur des Magens, sondern auch des ganzen Darmkanals anregen. Es sollen schliesslich $\frac{1}{2}$ —1 Stunde nach derartigen Magenspülungen mehrere breiige Stuhlgänge erfolgen. Menschen, die früher an hartnäckiger Stuhlverstopfung litten, sollen bereits nach einer achttägigen Behandlung morgens sogar vor der Magenausspülung regelmässige Stuhlausleerung haben. Dies ist nach meinen Beobachtungen jedenfalls nicht regelmässig so. Fall XX z. B. lehrt, dass der betreffende Kranke, dessen Magen alltäglich wegen der schweren dyspeptischen Symptome ausgespült wurde, nichtsdestoweniger zur Beseitigung seiner hartnäckigen Koprostase regelmässig grosse Oelklysmen brauchen musste.

dabei die Fortsetzung der den Darm entleerenden Oelklysmen selbst. Ich habe in solchen Fällen häufig von dem Zusatz von Baldrianthee zu dem Mohnöl, welches mit etwas Gummi arabicum emulgiert und unter Hinzufügung der entsprechenden Menge von physiologischer Kochsalzlösung zum Klysma vervollständig war, die besten Erfolge gesehen. Die Menge der eingegossenen Flüssigkeit betrug dabei nie mehr als $\frac{1}{2}$ Liter. Breiumschläge leisteten auch hierbei neben der Bettruhe die besten Dienste. Einigemal bei hochgradiger Tympanie des Darmes erwies sich die Einführung einer Schlundsonde als Darmrohr behufs der Eingiessung der Flüssigkeit in den Darm nützlich. Die sogenannten Carminativa habe ich nur selten dabei ausgiebiger angewendet. Neben den Breiumschlägen erwies sich eine Tasse warmen Pfefferminzthees mit Liq. ammon. anis. (10—15 Tropfen) öfter als heilsam.

Auf die Behandlung der Hämorrhoiden soll hier nicht ausführlich eingegangen werden. Nur wenige, besonders einige moderne Behandlungsmethoden betreffende Ausführungen mögen an dieser Stelle etwas genauer erörtert werden. Chronische Constipation und grosse Hämorrhoidalknoten kommen nicht selten neben einander vor, indes sind letztere trotz langdauernder Koprostase doch nicht so häufig, — wenigstens nach meinen Erfahrungen — wie man a priori denken möchte. Wo aber bei der chronischen Koprostase Hämorrhoidalknoten von grösserem Umfange vorhanden sind, beeinflussen sie nicht nur die Koprostase selbst, sondern auch deren Behandlung ungünstig. Sind die Hämorrhoidalknoten mit stärkeren und häufigen Mastdarmlutungen kompliziert, so wird man, bevor man an eine systematische Oelbehandlung herangeht, die operative Behandlung der Knoten veranlassen müssen. Bei kleineren Knoten wird man, G. Oeders¹⁾ Empfehlung folgend, der Steiss- hochlagerung die Oelbehandlung entweder vorhergehen lassen oder auch beide mit einander kombinieren können.

¹⁾ G. Oeder. Ueber Lagerungsbehandlung bei Hämorrhoiden. S. A. a. d. Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. Bd. IV, Heft 8.

Oeder hebt hervor, dass diese Behandlung die übrigen Behandlungsmethoden nicht überflüssig mache, dass sie aber prophylaktisch wie therapeutisch die Behandlung immer einleiten solle, weil sie das souveräne Mittel zur Beförderung des Blutabflusses aus dem Hämorrhoidalvenenplexus zum Herzen hin sei. Oeder hat an sich selbst beobachtet, dass hervortretende Hämorrhoidalknoten, die zuweilen in wenigen Stunden Kleinkirschgrosse erreichen, bei Steisshochlagerung in einer Nacht fast vollständig zurückzugehen pflegen. Wegen der Zwangslage, in die man die Patienten bei dieser in ihrer Ausführung einfachen Behandlung bringt, findet dieselbe unter ihnen freilich manche Gegner.

Bei Nebel (l. c.) spielen die weit umständlicheren Bewegungskuren mittels schwedischer Heilgymnastik bei der Behandlung der Hämorrhoiden eine wesentliche Rolle. Ein namhafter Arzt, der sich mit dieser Therapie viel beschäftigt hat, hat sich darüber brieflich mir gegenüber in einem Schreiben vom 13./10. 1892 geäußert. Ich entnehme diesem Schreiben den wesentlichen Inhalt. Bei der Behandlung der Hämorrhoiden komme es auf eine Entlastung des Pfortadersystems, auf eine Beseitigung der Stauungen in demselben an. Dieselbe werde durch eine Aenderung der Blutverteilung, durch Ableitung nach den Extremitäten erreicht. Hierzu sind zu verwenden: aktive und passive Bewegungen, Walkungen und andere mechanische Einwirkungen auf die Muskeln der Extremitäten und deren grosse Gefässgebiete, sowie auf das Gebiet der Hohlvene überhaupt (tiefe Atmungen). Ferner wird durch Kräftigung der erschlafften und gedehnten Dickdarmmuskulatur mittels mechanischer in Form verschiedener Massagemanipulationen auf den Bauch angebrachter Reize eine Verminderung des Lumens der ectatischen Hämorrhoidalvenen angestrebt. Endlich soll der Tonus dieser Gefässe durch eine Verminderung des intraabdominellen Drucks wiederhergestellt werden. Mittels eines von Dr. Zander konstruierten „Apparates für Beckenmessung“ wird das angestrebte Ziel dadurch erreicht, dass durch einen Motor die untere

Hälfte eines Planums, worauf die Beine ruhen, langsam auf- und niedergeklappt wird. Bei der ersteren Bewegung des unteren Planums wird nämlich das Becken gehoben. Dadurch wird der Druck in der Bauchhöhle vermindert, und bei der höchsten Lage des Beckens sogar negativ. Selbst profuse Blutungen sollen bei dieser Behandlung schon nach wenigen Tagen aufhören. Die Knoten sollen sich verkleinern und mit den davon abhängigen lokalen Beschwerden verschwinden.

Niemals aber sollte man es unterlassen, prolabierende Hämorrhoidalknoten nach jedem Stuhlgange in den Darm zurückschieben zu lassen. Es gehört auch hierzu eine grosse Geduld und Ausdauer, indes lohnen sich dieselben. Im allgemeinen habe ich bei den Hämorrhoiden von der allabendlichen Einführung eines Suppositoriums haemorrhoidale Anusoli — in schwereren Fällen wurde auch morgens ein solches in den Mastdarm eingeführt — gute Wirkung gesehen. Das Anusol ist eine Verbindung des Wismuts mit der jodierten Resorcin-Sulfonsäure. Die sehr unliebsame Reklame, welche mit dem Mittel gemacht wird, hatte mich argwöhnisch gemacht. Indes hat sich mir das Mittel in einer Reihe von Fällen als unschätzbar für die Durchführung der Oelbehandlung erwiesen, wenn gleichzeitig Hämorrhoidalzustände bestanden. Die Oelbehandlung selbst hat entsprechend der Evakuation des Darms einen ausserordentlichen Nutzen für die Rückbildung der Hämorrhoidalknoten. Danach ist es durchaus einleuchtend, dass dieselbe nur allmählich geschehen kann. Ich habe aber doch in einer ganzen Reihe von Fällen beobachtet, dass die von Koprostase und Hämorrhoiden gleich stark geplagten Individuen durch die Oelbehandlung und durch die erwähnten Behelfe dauernd von beiden frei geworden sind. Unter den letzteren ist die Steisshochlagerung eins der einfachsten und zugleich rationellsten Mittel, welches nach kurzer Zeit schon über Nacht wirkt.

Was die Behandlung der die habituelle Stuhlträgheit und der besonders die Koprostase komplizierenden Herzerscheinungen betrifft, deren klinische Geschichte schon

oben (S. 63—70) abgehandelt wurde, so ist schon die richtige Diagnose der Abhängigkeit der Herzsymptome von der Koprostase eine von den Kranken mit Dank empfundene therapeutische Leistung. Die Diagnose ist deshalb nicht immer eine ganz leichte, weil die bei der objektiven Untersuchung gar nicht selten sich herausstellenden Ergebnisse nach der einen oder anderen Richtung die Möglichkeit einer materiellen Herzerweiterung nahe legen. Es gehört ein gewisser Takt dazu, die Kranken soweit zu verständigen, dass sie, ohne sich unnütz zu beunruhigen, doch eventuell die nötige Vorsicht walten lassen. Es ist dies aber meist deshalb nicht sehr schwer, weil die Kranken infolge der quälenden kardialen Symptome schon ängstlich gemacht werden. Die nervöse Erregtheit der Kranken lässt eine weitere Störung ihres psychischen Gleichgewichts nicht geraten erscheinen. Ich habe viele solche Personen mit dem Digitalisfläschchen bewaffnet herumlaufen sehen. Meines Erachtens muss jeder, der Digitalis nötig hat, vollkommene Körperruhe einhalten. Ich lasse daher solche Constipierte zunächst sich absolut ruhig verhalten; etwas Tinctura Valerianae ist hier, wofern ein medikamentöses Eingreifen überhaupt indiziert erscheint, zunächst das adäquate Heilmittel. Bereits frühzeitig treten bei erfolgreichen Oelkuren mit entsprechender Evakuation des Darmes auch Besserungen der quälenden Herzerscheinungen auf. Man muss aber darauf gefasst sein, dass im Laufe der Behandlung, d. h. entsprechend der Aufblähung der alten Kotmassen, die Herzbeschwerden freilich gewöhnlich rasch vorübergehend und schwächer wieder aufflackern. Es ist recht nützlich, die Kranken darauf aufmerksam zu machen.

Das Auftreten von Recrudescenzen bei den im Abklingen begriffenen Herzsymptomen büsst bei den darauf vorbereiteten Individuen einen grossen Teil seiner deprimierenden Wirkung ein. Auch bei den wirklich Herzkranken bietet bei gleichzeitig vorhandener Koprostase die Herzaffektion keine Contraindikation gegen die Einleitung einer ausgiebigen Oelbehandlung. Es ergibt sich im Gegenteil, dass, wie die

kasuistischen Belege Nr. XXI, XXII und XXIII im folgenden Abschnitt lehren werden, dieselbe einen ausserordentlich heilsamen Einfluss auf schwere, den Kranken das Dasein verleidende Herzerscheinungen (Herzpalpitationen, Herzarhythmie, Angina pectoris) haben kann. Natürlich bietet die unter solchen Umständen angezeigte Vornahme der Dickdarmevakuuation keinerlei Gegenanzeige gegen die gleichzeitige Behandlung mit andern heilenden Agentien. Die von mir angeführten Belege werden zeigen, dass bei denselben auf alle weiteren Heilversuche verzichtet werden konnte.

Das Gleiche gilt von einer grossen Reihe von nervösen Symptomen, welche so oft und so zahlreich die chronische Koprostase in der unliebsamsten Weise zu komplizieren pflegen. Ich brauche auf das, was darüber bereits oben Seite 70 und flgde. gesagt worden ist, hier nicht nochmals näher einzugehen. Indes soviel muss doch nachdrücklich hervorgehoben werden, dass in den Fällen, wo eine chronische Koprostase die Ursache der so tausendfachen neurasthenischen und hysterischen Beschwerden ist, durch eine entsprechende Oelbehandlung aus den betreffenden Individuen wirklich glückliche Menschen gemacht werden können. Im allgemeinen muss aber doch mit der Thatsache gerechnet werden, dass die Besserung der neurasthenischen bzw. der hysterischen Beschwerden zwar bei vielen Kranken, aber doch nicht durchweg mit der Besserung der Darmverhältnisse Hand in Hand geht. Ich habe bereits bei der Besprechung der Behandlung der Magen-, Darm-, sowie auch der Herzsymptome mittels der Klysmen, besonders aber mittels der Oelklysmenbehandlung erwähnt, dass dabei infolge des „Aufrührens des Darmkotes“ und der daraus sich ergebenden Konsequenzen scheinbare Verschlechterungen der Krankheit eintreten können. Man muss diese Verschlechterungen als scheinbar bezeichnen, denn sie sind vielmehr als eine notwendige Etappe in dem Fortschritte des Heilungsvorganges anzusehen. Man kann sich sehr leicht davon überzeugen, dass zwischen dem guten Fortgange der Darmevakuuation und der Besserung aller dieser eben genannten

Symptome, sowie — und zwar mit in allererster Reihe — der nervösen Erscheinungen ein ausserordentlich enger Zusammenhang besteht. Ich pflege die wegen Koprostase die Oelbehandlung nebst Zubehör gebrauchenden Patienten mit den Menschen zu vergleichen, welche durch eine Pfütze waten müssen. Sie können nämlich wie diese erst nach mannigfachen Widerwärtigkeiten sich allmählich der errungenen dauernden Besserung erfreuen. Dieselbe folgt meist auf ein „Minimum“, nach welchem sie, aber auch nicht immer stetig, sondern mehr oder weniger über Berg und Thal dem ersehnten Gipfel zugeführt werden. Wenn man das Beispiel der Pfütze beibehalten will, kann man sagen, dass die Patienten aus dem tiefsten Teil derselben in immer flachere, weniger schlimme Teile der Pfütze und endlich ins Trockene geleitet werden. Die meisten an Koprostase und gleichzeitigen nervösen Beschwerden leidenden Menschen und zwar keineswegs nur Personen weiblichen Geschlechts befinden sich in dem Zustande reizbarer Schwäche. Sie haben überdies meist mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Druckpunkte in einer oder mehreren Nervenbahnen. Es hat nicht nur etwas Verblüffendes, sondern auch gleichzeitig etwas Tröstliches für die betreffenden Patienten, wenn man ihnen, indem man sich mit allen ihren nervösen Allüren vertraut zeigt, wenigstens mit grosser Wahrscheinlichkeit versichern kann, dass alle diese Erscheinungen nach absehbarer und nicht langer Frist verschwinden werden. Freilich darf den Kranken nicht verschwiegen werden, dass sie wahrscheinlich vor dem Eintreten dieser Besserung von dem erwähnten, gewöhnlich mit einem Zustande geistiger Depression einhergehenden „Minimum“, wobei es unter manchen Thränen in der Regel nicht abgeht, kaum verschont bleiben würden. Ich habe bei allen diesen Zuständen keinen Gebrauch von den verschiedenen modernen sogen. Nervinis gemacht, welche die chemischen Fabriken mit so viel Reklame anempfehlen. Auch gegen die Schlaflosigkeit habe ich eingreifendere Mittel wie Brompräparate oder gar Opiate verschmäht. Eine subcutane Injek-

tion mit physiologischer Kochsalzlösung, eine abendliche Dosis von Pulvis gummosus, Thee aus Orangenblüten, oder innerlich Extract. Gentianae 0,5:200, zweistündlich 1 Esslöffel, oder gleichfalls 2stdl. 1 Esslöffel von einer Saturatio communis (letztere besonders bei gleichzeitig vorhandenen gastrischen Störungen) pflegen — wohlverstanden neben einer geeigneten psychischen Behandlung — einen guten Einfluss auszuüben. Am hartnäckigsten erweist sich die durch die Darmstörungen selbst (Kollern im Leibe, vermehrte Gasbildung und Blähungen, Kolikschmerzen) herbeigeführte Schlafstörung. Bei der Bekämpfung aller der vorher erwähnten nervösen Symptome, welche die Koprostase komplizieren, wird die Geduld nicht nur des Patienten, sondern auch des Arztes oft genug auf eine harte Probe gestellt. Hier sind eben eine geeignete psychische Behandlung und die Festigkeit im Handeln, das Vermeiden des Wechsels der Medikamente von der grössten Bedeutung. Eines Medikamentes soll aber hier gedacht werden, welches mir bei einer der lästigsten Begleiterscheinungen der Koprostase, der Migräne und ihrer Aequivalente die besten Dienste geleistet hat. Ich kann wohl sagen, dass die hier in Frage kommende Pasta Guarana in etwa 80% der Fälle sich als hilfreich erweist, vorausgesetzt, dass man dabei gewisse Kautelen nicht ausser acht lässt. Nämlich man muss vor allem über ein genügend frisches Präparat verfügen und man muss dasselbe in genügend grosser Dosis geben. Dieselbe beträgt 2,0. In dieser Dosis muss das Medikament gegeben werden, sobald die ersten Migränesymptome auftreten. Je früher das Mittel gegeben wird, um so grösser sind die Chancen für seine Wirkung. Ich gebe das Pulver einfach in Wasser eingerührt. Dasselbe pflegt auch trotz länger fortgesetzten Gebrauches seine Wirkung nicht zu verlieren. Den besten und nachhaltigsten Einfluss auf die Migräne pflegt aber die gehörige Evakuation des Darms zu haben. Früher indes als diese pflegen bei einer zweckentsprechend geleiteten Oelbehandlung die erwähnten Druckpunkte zu verschwinden, im Mittel etwa nach drei Wochen.

Aber auch bei ausgesprochenen Neuralgien stellen sich bei gleichzeitig vorhandener Koprostase mit der Entleerung des Darmes, besonders mittels der Klysmabehandlung, eine Besserung und gewöhnlich eine rasche Heilung der Neuralgien ein. Dass Bindeglieder zwischen dem Darm und den Neuralgien bestehen, ist seit langer Zeit bereits bekannt.

Im Kapitel XL seines berühmten Commentarius de ischiade nervosa (Neapoli 1764) pag. 56 vertritt D. Cotunnus den Satz: „Utilis alvi eductio maxime per clysteres“. Cotunnus betont, dass die Entleerung des Leibes auf doppelte Weise geschehen könne, entweder durch Abführmittel oder durch Klysmen. Die ersteren gebrauchte er nicht, die Anwendung der letzteren ist ihm immer vorteilhafter erschienen. Zuerst beobachtete Cotunnus, dass ein Klyσμα aus einer Abkochung von Malven mit einem Zusatz von Honig oder besser von Manna gegen Abend oder wennmöglich vor dem Tagesanbruch angewendet die ischiadischen Schmerzen immer etwas erleichtere. Wenn diese mildereren Klysmen nicht genügen, wendet er etwas schärfere an. Cotunnus benutzte dann Dekokte aus Malven und oder Johanniskraut (*Hypericum*), die in entsprechender Verdünnung mit alter Oliven-Salzlake (*muria olivarum*) hergestellt sind. Diese stärkeren Klysmen liess Cotunnus in den Morgenstunden applicieren. Vor zu scharfen Klysmen warnt Cotunnus. Er erzählt im XLV. Kapitel seines Buches von der Anwendung so scharfer Klysmen durch Kurpfuscher und Landleute, dass Blut danach mit dem Stuhl entleert wurde (l. c. pg. 66). Cotunnus, der von M. Romberg als der genaueste Beobachter der Ischias bezeichnet worden ist, hat die Klysmen besonders in dem ersten, dem inflammatorischen Stadium der Ischias als nützlich erachtet, während er in dem zweiten Stadium, wobei ein Hydrops der Nervenscheide vorhanden sein soll, besonders die Vesikantien empfiehlt.

Uebrigens sind seit alten Zeiten, lange vor Cotunnus, bei der Behandlung der Ischias ebenso wie die Haut so auch der Darmkanal als Orte der Ableitung gewählt worden. Cotun-

nus aber hat, wie wir gesehen haben, ausdrücklich vor der Anwendung zu scharfer Klysmen gewarnt. M. H. Romberg¹⁾ will von der Inanspruchnahme des Darmes nicht etwas Rechtes wissen. Er hebt hervor, dass man bei der Ischias die in älterer Zeit übliche Ableitung auf den Mastdarm mit Recht verlassen habe, und bei der Besprechung der Therapie der Neuralgie des Quintus führt Romberg nur in Verehrung von Bells Namen dessen Empfehlung des Crotonöls, welches Bell innerlich gebrauchen liess, an. Den Gebrauch dieses Mittels suchte Bell durch eine physiologische Deutung des Zusammenhanges von Darmaffektionen mit der Neuralgie zu motivieren. Erst L. Stromeyer hat dann ganz besonders darauf hingewiesen, dass die Trigemineuralgien nur als reflektorische aufzufassen und auf Störungen im Verdauungstraktus, vornehmlich auf Stuhlverstopfung, zurückzuführen seien. Ein ganz wesentliches Verdienst um diese Behandlung der Trigemineuralgien hat sich C. Gussenbauer²⁾ erworben. Er hat sie erst zu Ehren gebracht. Die Stromeyersche Empfehlung hatte einen nachhaltigen Einfluss nicht ausgeübt und die Chirurgen beharrten bei der operativen Behandlung der Trigemineuralgie unentwegt weiter. Die Methode, welche Gussenbauer zur Beseitigung der Constipation behufs Heilung der Trigemineuralgien anwandte, war folgende: Er liess methodisch täglich Kaltwasserklysmen mit einer Hartgummiklyspompe machen. In besonders hartnäckigen Fällen wurden die Klysmen mit dem Darmrohr appliziert. Ausserdem gebrauchte Gussenbauer verschiedene Wasserprozeduren (feuchtwarme Einpackungen des Bauches, ferner kalte Abwaschungen desselben, ev. des ganzen Körpers). Gussenbauer liess mit dieser Behandlung so lange fortfahren, bis der Stuhl geregelt war. In besonders hartnäckigen Fällen

¹⁾ M. H. Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1. Bd., 3. Aufl. Berlin 1853. S. 85 und 67.

²⁾ C. Gussenbauer, Prager medicinische Wochenschrift 4. August 1886. No. 31.

empfiehlt Gussenbauer mit der nötigen Vorsicht auf die konsequente Durchführung einer Milchdiät zu halten ¹⁾. In der ersten Zeit hatte Gussenbauer auch die Galvanisation des Sympathicus in Anwendung gezogen, hat aber später davon Abstand genommen. Bei dieser Behandlung sah Gussenbauer rasch schon nach dem Verlaufe von einigen Tagen Besserung eintreten. Heilung kann nach ebensoviel Wochen erfolgen, indes in hartnäckigen Fällen musste die

¹⁾ Gelegentlich der Erwähnung der Milchnahrung muss bemerkt werden, dass verschiedene Individuen sich betreffs des Genusses der Milch durchaus nicht in gleicher Weise verhalten, so dass nicht allen an habitueller Stuhlträgheit oder an Koprostase leidenden Personen Milch ohne weiteres in beliebiger Menge als Nahrungsmittel angeboten werden kann. In vielen Fällen, in denen die Milch eine stopfende Wirkung hat, erweist sich ca 36stündiger Kefir als ein treffliches Ersatzmittel, welches von sehr vielen Menschen gern genommen und auch gut von ihnen vertragen wird. Hugh Owen Thomas (Intestinal disease and obstruction, London 1883), welcher besonders der Diät in den Fällen der chirurgischen Praxis sein Interesse zugewendet hat, bei denen vermieden werden soll, dass die Darmthätigkeit die Heilung stört, rät, dass bei allen solchen Kranken, bei denen seltene Ausleerungen erwünscht sind, jedoch Koprostasen thunlichst vermieden werden sollen, den Genuss der Milch gänzlich zu verbieten. Thomas redet einer fast ausschliesslich vegetarischen Diät das Wort, wobei aber auch durchaus das richtige Mass eingehalten werden soll. Leute, die nicht viel essen, können nach den Beobachtungen von Thomas bequem 4—5 Tage ohne Stuhlgang bleiben, wofern sie die von ihm vorgeschriebene Diät einhalten. Dieselbe deckt sich etwa mit der, welche Thomas auch den an Stuhlverstopfung leidenden Individuen verordnet. Sie besteht lediglich aus Sago, Arrowroot, gemahlenem Reis mit Wasser gekocht, etwas Wein, Cognac, Muskatnuss, Zucker, Salz oder Butter, dazu Erbsen, Linsen oder Bohnen mit Wasser gekocht, durchgeschlagen, mit etwas Salz und Butter schmackhaft gemacht. Zur Abwechselung können kleine Mengen von Fleischbrühe gegeben werden. Abgesehen von der Milch, verbietet Thomas auch alle festen Speisen. Ausserdem verlangt Thomas, dass der Patient liegen bleiben soll, und zwar einige Stunden auf der rechten und auf der linken Seite. Das Fussende des Bettes soll etwas erhöht sein. In gewissem Sinne hat die Diät, mit Ausnahme des von Thomas so scharf betonten Milchverbotes, offenbar mit der von Gussenbauer empfohlenen gewisse Analogien. Dem Fleischgenusse gehen beide Beobachter bei ihren Verordnungen aus dem Wege.

Behandlung fünf, sechs und mehr Wochen fortgesetzt werden, bis der Stuhl geregelt war und damit die Neuralgie aufhörte. Ich bin in den von mir behandelten Fällen von Neuralgien stets bei den Oelklysmen geblieben und bin dabei in der von mir oben erörterten Weise verfahren¹⁾. Es fällt mir indes nicht ein, darüber zu diskutieren, welche von beiden Methoden die bessere sei. Man sieht, dass sie beide zum Ziele führen können. Ich halte den von mir gewählten Modus für den mildereren, stehe aber nicht an, zuzugeben, dass unter manchen Umständen die eingreifenderen Methoden, zu denen doch wohl die niedrigen Wassertemperaturen zu rechnen sind, wo sie vertragen werden, die Behandlungsdauer abkürzen können. Uebrigens habe ich bei der Behandlung von Kranken, die gleichzeitig an Epilepsie und an hartnäckiger Koprostase litten, neben der Oelbehandlung eine vegetarische Diät geniessen lassen, wobei darauf gehalten wurde, dass den Kranken das ihnen gebührende Eiweissquantum in der Form von Pflanzeneiweiss und zwar in erster Reihe in Gestalt eines eiweissreicheren (30 % Pflanzeneiweiss enthaltenden) Brotes²⁾ gereicht wurde. Ich habe alle anderen Mittel bei der Behandlung der infolge der Koprostasen entstandenen Neurosen vermieden.

Bei den unter dem Einfluss der chronischen Stuhlverstopfung auftretenden Ernährungsstörungen habe ich aber von den Heilmethoden Gebrauch gemacht, welche unter dem Namen der „Mastkuren“ genügend unter den Aerzten bekannt sind und für deren Ausführung dieselben an dem

¹⁾ Bisweilen findet während der Oelbehandlung eine Steigerung der im Abtönen begriffenen Schmerzen statt. Es hängt dies vielleicht mit dem durch die Auflösung weiterer harter Kotmassen bedingten Freiwerden von weiteren Darmgiften zusammen. Ebenso sieht man bisweilen, dass sich während der Oelbehandlung vorher nicht dagewesene neuralgische Schmerzen einstellen. Jedenfalls liegt darin durchaus keine Kontraindikation gegen die Oelbehandlung. Dieselbe ist im Gegenteil mit vollr Energie fortzusetzen.

²⁾ Cf. W. Ebstein, in dessen und Schwalbes Handbuch der praktischen Medicin III, 2. Seite 711 und flgde. Stuttgart 1901.

Schema der Mitchellschen systematischen Methode genügende Anhaltspunkte finden dürften. Eine Schablone in dieser Beziehung walten zu lassen, würde in der Regel einen Misserfolg bedeuten. Hier erweist sich der Segen einer geordneten Anstaltsbehandlung, wo die betreffenden Kranken, losgelöst von zärtlichen Verwandten und Freunden, sich lediglich unter dem Einflusse einer zielbewussten Behandlung ihres Arztes befinden, welcher das, was er erreichen will und muss, mit Ernst und Nachdruck, aber ohne unnötige Härten und Zwangsmassregeln verfolgt. Die Oelbehandlung fördert die Besserung nicht nur ausserordentlich, sondern man kann ohne sie entweder gar keinen oder bestenfalls einen nur mangelhaften Erfolg erzielen. Ich will aber dabei noch bemerken, dass ich von elektrotherapeutischen Massnahmen bei solchen Kranken niemals Gebrauch gemacht habe.

Bei den gleichzeitig an Wandernieren und Koprostate leidenden Personen gestalten sich die Verhältnisse verschieden¹⁾. Bei den Personen, welchen die Wanderniere keine Beschwerden und Schmerzen macht, liefert die Oelbehandlung in Verbindung mit einer geeigneten Bandage gar nicht selten ein vollkommen günstiges Resultat, nicht nur was die Koprostate betrifft, sondern auch hinsichtlich der vielen anderen damit vergesellschafteten gastrischen, nervösen, cardialen Beschwerden u. s. w. Die von mir benutzten Bandagen werden natürlich stets nach genauem Mass angefertigt. Die Firma Mahr & Hoerning hierselbst hat mir dieselben stets in vortrefflicher Weise geliefert. Die Bandage stellt einen bruchbandartigen Apparat dar, dessen verstellbare Pelotte durch die Kraft ihrer Federung die mobile, in die normale Lage zurückgebrachte Niere an ihrem richtigen Standort zurückhalten soll, wobei ein Leibgurt und ein Schenkelriemen, die Bandage fixierend, als Unterstützungsmittel mitwirken. Weitere

¹⁾ Cf. Fritz Ludwig. Ueber Wanderniere mit besonderer Berücksichtigung der Magen- und Darmverhältnisse. Göttingen 1901 (Inauguraldissertation).

Einzelheiten übergehend, bemerke ich hier nur, dass diese Wandernierenbandage derartig gearbeitet sein muss, dass die Feder bei allen Körperstellungen des betreffenden Individuums dem Rumpfe an der Seite, auf der die Niere mobil ist, unverrückbar anliegt. Dasselbe ist von einer derartigen Bandage bei beiderseitiger Wanderniere zu verlangen. Die Bandagen müssen früh vor dem Verlassen des Bettes an- und müssen abends im Bett abgelegt werden. Ob nun durch diese Bandagen wirklich die Niere, die ihren Platz verlassen hat und eine grössere oder geringere Beweglichkeit zeigt, an ihre normale Stelle gebracht, daselbst fixiert werden kann, muss ich dahingestellt sein lassen. Indes soviel lässt sich im allgemeinen auf Grund der Krankenbeobachtung doch aussagen, dass beim Tragen einer solchen gutpassenden Bandage die Oelklysmen nicht nur einen guten Erfolg haben, sondern dass auch nach der Beseitigung der Koprostase die Peristaltik des Darmes im Laufe der Zeit bei genügend sorgsamer Kontrolle in normaler Weise sich gestaltet. Natürlich müssen die betreffenden Individuen auf die Anlegung der Bandage die erforderliche Sorgfalt verwenden, wogegen leider häufig gefehlt wird und wodurch die Erreichung des angestrebten Zwecks von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden muss. In den Fällen aber, in denen die Wanderniere mit sei es kontinuierlichen, sei es anfallsweise auftretenden Schmerzen einhergeht, pflegt die Oelbehandlung nur eine unvollkommene und wenig nachhaltige Wirkung zu erzielen. Auch die Anlegung einer solchen Pelottenbandage pflegt dabei in dieser Beziehung wenig zu bessern und auf die Beschwerden und Schmerzen seitens der Niere zum mindesten einen dauernden Nutzen nicht zu haben. Die Menschen, die von ihrer Hände Arbeit leben müssen, erfahren durch das Tragen derartiger Bandagen in der Regel keine nennenswerte Besserung weder betreffs ihrer realen Beschwerden, noch betreffs einer besseren Wirksamkeit einer Oelbehandlung. Es ist bei ihnen nicht eher ein Erfolg zu verzeichnen, bevor nicht die Niere durch die Naht fixiert wird. Man darf allerdings nicht erwarten, dass bei solchen

Kranken mit Schmerz bereitenden Wandernieren die Besserung der daneben bestehenden Koprostate auf dem Fusse folgt. Was indes sofort nachzulassen pflegt, sind die renalen Schmerzen. Die gedeihliche Wirkung der Oelbehandlung geht in sehr vielen Fällen nur langsam von statten. Bei den Kranken, welchen die Wanderniere keine Beschwerden macht und bei denen sich die angegebene Bandage als wirksam erweist, kommt in absehbarer Zeit oft eine Periode, wo ich, nach Beseitigung aller Beschwerden, auf die Pelottenbandage verzichte, auch wenn dieselbe — was auch nicht selten passiert — den Patienten nicht unbequem wird. Ich lasse dann diese Kranken, was ich bei den Patienten, deren Darmperistaltik aus irgend einem Grunde mehr oder weniger zu wünschen lässt, d. h. welche an Hängebauch, an einer Diastase der Bauchmuskeln u. s. w. leiden, eine Leibbinde tragen. Diese Leibbinden werden, und zwar jede dem individuellen Bedürfnis genau angepasst, von der hiesigen Firma Mahrt und Hoerning nach Mass angefertigt. Ich lasse dieselben aus dem porösen, weichen, haltbaren und billigen Behrens'schen Gesundheitsleinen (gesetzlich geschützt 70304) herstellen. Die Patienten mögen sie sehr gern. Sie belästigen in der warmen Jahreszeit auch nicht. Die Patienten müssen zwei solcher Leibbinden besitzen, damit sie dieselbe nicht entbehren, während die eine gewaschen wird. Abgesehen davon müssen die Unterkleider — dies gilt fast ausschliesslich vom weiblichen Geschlecht — in angemessener Weise geordnet werden. Alle die Brust, die Taille und den Unterleib einschnürenden oder auch nur irgendwie beengenden Dinge, wie Korsetts, das Binden der Unterkleider müssen wegfallen. Wie das in jedem einzelnen Falle am zweckmässigsten geschehen soll, darum muss sich eben auch der Arzt kümmern. Ich überzeuge mich bei jedem Patienten, ob er in dieser Beziehung zweckentsprechend ausgestattet ist, weil davon ganz wesentlich eine geregelte Darmfunktion und damit ein gut Teil des Wohlbefindens der Menschen abhängt. Man halte, was die Gesundheitspflege anlangt, nichts für selbstverständ-

lich; auch bei den sogenannten gebildeten und selbst bei den gelehrten Ständen nicht.

Was nun entzündliche Nierenkrankheiten betrifft, welche mit Albuminurie und Cylindrurie einhergehen, so kontraindiciren sie eine Oelbehandlung nicht nur nicht, sondern dieselbe erweist sich dabei geradezu als segensvoll. Erfahrungsgemäss finden wir bei einem gut Teil der an Koprostase leidenden Individuen teils Albuminurie, teils Cylindrurie, gewöhnlich aber beides. In der Regel freilich sind diese beiden abnormen Beimengungen nur in geringem Grade vorhanden. Beide pflegen schnell rückgängig zu werden, wenn die Koprostase zur Heilung gebracht wird. Die Beseitigung der Koprostase halte ich bei jeder Nephritis zunächst für dringend indiciert. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass auf diese Weise jede Nephritis heilt. Indes sieht man auch in Fällen, wo dies nicht geschieht, davon mancherlei Nutzen. Insbesondere gelingt es auf diese Weise nicht selten, die die Ernährung beschränkenden magen- und darm-dyspeptischen Symptome sehr günstig zu beeinflussen. Gleichzeitig ordne ich auch hier die Diät so, dass sie entweder ganz oder wesentlich eine vegetarische ist, wie ich dies soeben (Seite 195) bei Besprechung der Diät der Epileptiker angegeben habe. Eine gleiche Diätordnung bevorzuge ich auch bei vielen Neurasthenikern, unter allen Umständen aber bei solchen, deren Neurasthenie auf gichtischem Boden erwächst, wie das so sehr häufig der Fall ist. Bei allen Dysurien, welche mit Koprostase vergesellschaftet sind, erachte ich die Beseitigung der letzteren für notwendig. Sie hat bisweilen allein, ohne Anwendung irgend eines anderen Mittels, einen direkt kurativen Erfolg bei der Dysurie. Natürlich muss auch hierbei jeder Fall nach seiner Eigenart beurteilt und behandelt werden.

Wie bei der gichtischen Anlage erfordert auch bei der primären Gelenkgicht eine gleichzeitig vorhandene Koprostase eine sorgsame Berücksichtigung. Man beseitigt durch eine entsprechende Oelbehandlung nicht nur die vor-

handene Koprostase, sondern bessert auch im allgemeinen das grosse Heer der damit einhergehenden nervösen Erscheinungen, welche man gewöhnlich der Gicht selbst zur Last zu legen pflegt. Auch die Gelenkerscheinungen werden günstig dadurch beeinflusst. Ich habe wiederholt beobachtet, dass Gichtkranke, welche regelmässig von oft recht quälenden Gichtattacken heimgesucht worden waren, nach einer ausreichenden Evakuation des Darms davon verschont blieben, nachdem die Regelung der Lebensweise allein dies nicht zuwege zu bringen vermocht hatte. Ich bin daher je länger je mehr zu der Ueberzeugung gelangt, dass zwischen der Gelenkgicht und der Koprostase Bindeglieder derart bestehen, dass die erstere von der letzteren ungünstig beeinflusst wird¹⁾. Dasselbe scheint auch von der Fettleibigkeit zu gelten. Die Fettleibigen leiden oft an Koprostase. Die Beseitigung der letzteren durch eine entsprechende, nach den mir dargelegten Grundsätzen geleitete Behandlung macht die Patienten beweglicher, besonders wohl deswegen, weil das Herz dabei leistungsfähiger wird. Die Erklärung dafür dürfte sich im wesentlichen aus den oben (S. 63—70) darüber angeführten Thatsachen und Erwägungen ergeben. Dass die bei der Zuckerkrankheit oft so lästigen Koprostasen der hartnäckigsten Art für die Anwendung der Oelklysmen keinerlei Contraindikation bieten, hat mich die Erfahrung genugsam gelehrt. Eine entsprechende Oelbehandlung ist auch hier das beste Mittel, um auf die mildeste Weise dieses lästige Symptom loszuwerden. Die Ernährung erfolgt bei diesen drei von mir als „allgemeine Erkrankungen des Protoplas-

¹⁾ Interessant ist die Mitteilung in dem Aufsatz von Hermann Peters, die Heilkunst in der Stadt Hannover während des 16. Jahrhunderts (Hannoversche Geschichtsblätter, August 1901 — IV. Jahrgang, S. 352 —), wonach in einem Regimen prophylacticum articularis morbi etc. vom 6. Dezember 1586 Hector Mithoff zur Bekämpfung der Gicht neben Aderlassen, Waschungen mit Kräuterweinen, Reiben der Glieder mit Oelen und Salben, Umschlägen mit Kräuterkissen u. s. w. ausdrücklich der Abführmittel gedenkt. —

mas mit vererbbarer Anlage“ bezeichneten Affektionen nach den von mir wiederholt und zuletzt in meinem und Schwalbes Handbuch der praktischen Medicin Bd. III, 2 (Stuttgart 1901), S. 566, 638 und 709 dargelegten Grundsätzen, welche sich im allgemeinen in ärztlichen Kreisen bereits einer so stetig zunehmenden Verbreitung erfreuen, dass ich an dieser Stelle auf Einzelheiten in dieser Beziehung nicht einzugehen brauche.

Nach dieser Schilderung der Behandlung der Koprostase mögen hier zunächst unter Rücksichtnahme auf die dieselbe besonders oft komplizierenden Krankheitszustände, denen sich noch eine Reihe anderer anschliessen liesse, einige ergänzende Bemerkungen über die im Verlauf der nach den mitgetheilten Grundsätzen geleiteten Therapie auftretenden und für den Arzt nicht unwichtigen Erscheinungen hier angeführt werden. Diese Symptome sind, wie sich zum Teil schon aus meinen früheren Bemerkungen ergibt, gerade nicht selten. Obgleich sie sicherlich keineswegs angenehm sind, würde mich dies niemals abhalten, die Oelbehandlung vorzunehmen und durchzuführen, wofern nicht besondere Umstände dies unmöglich machen. Es liegt nämlich zu sehr im eigensten Interesse des Patienten, dass er die Koprostase los wird. Jede solche Behandlung muss aber unter der beständigen Kontrolle des Arztes geschehen und zwar unter steter Verfolgung der unter dem Einflusse dieser Behandlung sich vollziehenden Wandlungen in dem Zustande des Kranken und insbesondere auch in dem Zustande des Bauches. Wer mit der Untersuchung des Bauches nicht genau vertraut ist, lässt lieber die Hand von solcher Behandlung. Wer aber mit diesen Dingen Bescheid weiss, wird im allgemeinen den Patienten über die weitere Entwicklung der Sache, soweit er darin Einsicht haben muss, bescheiden können. Ich habe den Kranken, welcher sich einer solchen Behandlung unterzieht, mit einem Menschen verglichen, der eine Pfütze durchwatet. Unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände kann man, besonders an der Hand einer alle ein-

schlägigen, vor allem die Darmverhältnisse auf das sorgsamste ins Auge fassenden Krankenbeobachtung, den Kranken auf das, was ihm bevorsteht, im voraus aufmerksam machen. Es ist das ein sehr wesentlicher Punkt, der eine gewissenhafte Beachtung verdient. Es trägt dies jedenfalls zur richtigen Durchführung der Behandlung wesentlich bei, und nicht am wenigsten deswegen, weil das Vertrauen zum Arzte befestigt wird. Das Körpergewicht muss bei der Behandlung berücksichtigt werden. Die Kranken werden demgemäss allwöchentlich natürlich unter den gleichen Verhältnissen immer in denselben Kleidern gewogen. Die Oelbehandlung an sich pflegt, wenn ausser der Koprostase keine anderen Störungen vorhanden sind, und wenn die Behandlung sich glatt vollzieht, keine in Betracht kommende Abnahme des Körpergewichts zu veranlassen. Man beobachtet sogar manchmal bei regem Appetit dabei eine mässige Zunahme des Körpergewichts. In der Regel aber erfahren die Kranken bei der Oelbehandlung dann eine mässige Abnahme des Körpergewichts, die manchmal auch eine etwas grössere sein kann, wenn unter den bereits früher erörterten Umständen der Appetit notleidet und besonders auch wenn der Schlaf nicht gut ist. Wir haben gleichfalls bereits oben die Gründe angeführt, weswegen die den Darm evakuierende Behandlung diesem lästigen, bei der Koprostase nicht seltenem Symptome häufig Vorschub leistet. Eine auch bei gut verlaufender Behandlung und trotz des Fehlens jeder unangenehmen Nebenerscheinung gelegentlich zu beobachtende Gewichtsabnahme findet meines Erachtens, ähnlich wie wir das bei der Reconvalescenz von schweren akuten Krankheiten, z. B. des Unterleibstypus sehen, im wesentlichen ihre Erklärung in der infolge der mit der Zunahme des allgemeinen Besserbefindens erstarken der Herzkraft eintretenden Entwässerung des Körpers. Dieselbe pflegt sich durch eine manchmal ziemlich erhebliche Zunahme der Diuresis kundzugeben. Dabei werden die Kranken kräftiger, ihre Muskeln derber, und dies äussert sich auch in der Physiognomie des Kranken. Die

Schlaffheit der Gesichtszüge macht einem wesentlich anderen Gesichtsausdruck Platz. Indes, abgesehen von dem Einflusse, welchen in dieser Beziehung die Entwässerung des Körpers hat, wodurch auch der Gesichtsausdruck modifiziert wird, kommen hierbei noch weitere Faktoren in Frage. Unter anderem spielt das Verschwinden der depressiven Gemütsstimmung, das Aufhören des grübelnden Brütens sicher eine bedeutende Rolle.

Es entsteht nun die Frage, wie lange eine solche Behandlung fortgesetzt werden soll. Die Antwort auf diese Frage erscheint zunächst ganz leicht, natürlich so lange, bis das betreffende Individuum von seiner Koprostase vollkommen geheilt ist, d. h. so lange, bis nicht nur die Evakuation des Darmes eine vollständige ist, sondern auch bis der Darm soweit erzogen ist, dass derselbe ohne weitere Anregung seine Schuldigkeit derart thut, dass die betreffenden Individuen jede Nachhilfe, insbesondere auch alle Abführmittel entbehren können. Endlich müssen, wenn ein an Koprostase leidender Patient als gesund erklärt werden soll, alle von ihr abhängigen Krankheitserscheinungen geschwunden sein. Letzteres beginnt in der Regel viel früher, bevor der Darm vollkommen, d. h. in der notwendig erscheinenden Weise entleert ist, und insbesondere bevor der Darm sicher und ohne jede Nachhilfe ausreichend zu funktionieren vermag. Die Bestimmung des Zeitpunktes, wann der Darm als leer anzusehen ist, vermag ich mit absoluter Sicherheit nicht zu geben. Ich erkläre mich in dieser Beziehung für befriedigt, wenn ich bei der genauen Untersuchung des Bauches Stränge, Knoten und Knollen nicht mehr zu fühlen imstande bin. Ein Masseur, welcher seine Sache versteht, weiss damit recht gut Bescheid. Ein gehörig entleerter Bauch muss sich im allgemeinen, wie ich mich auszudrücken pflege, „wie ein Taschentuch knüllen und knautschen“ lassen. Ich gestehe aber offen ein, dass auch dies kein absolut sicheres Kriterium ist. Trotzdem kann sich nämlich immer noch in genügender Menge alter Kot im Dickdarm heruntreiben.

Die Zeit, welche nun nötig ist, um einen Darm thunlichst zu entleeren, lässt sich auch im allgemeinen nur annähernd präcisieren. Die Dauer der Koprostase, das Alter des in Behandlung tretenden Individuums u. s. w. spielen hierbei sicher eine wichtige Rolle. Ich werde von solchen Patienten gewöhnlich erst dann aufgesucht, wenn sie schon recht lange mit ihrer Krankheit sich herumschleppen; wofern man eine geeignete Behandlung früher in Angriff genommen hätte, würde sie sich leichter und rascher machen lassen. Im allgemeinen kann man aber doch sagen, dass vier bis acht Wochen in der Regel auch bei älteren Individuen genügen, um zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen. In manchen Fällen braucht man für eine ausreichende Evakuation des Bauches freilich eine viel längere Zeit. Die für die Behandlung notwendige Zeitdauer im voraus zu bestimmen, ist die schwerste Aufgabe und ihre Lösung erweist sich auch selbst noch im Verlaufe der Behandlung als unsicher. Im allgemeinen kann man so viel aussagen, dass die spastischen Constipationen bei der Behandlung weit grössere Schwierigkeiten entgegensetzen als die atonischen. Da wir nun mit absoluter Sicherheit nicht wissen können, ob der Darm in einer wirklich befriedigenden Weise entleert ist, bedarf es zumal in erster Zeit selbst nach der anscheinend erfolgreichst durchgeführten Behandlung einer Kontrolle und einer eventuellen Wiederaufnahme der Behandlung, welche in der Regel milder und von kürzerer Dauer zu sein pflegt. Unvollständig durchgeführte Kuren veranlassen mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit über kurz oder lang Recidive der Koprostase. Wenn nämlich Kotreste im Dickdarm liegen bleiben, werden sie auf den ihn passierenden frischen Kot gerade so wirken, wie der frische Schnee, in dem man einen Schneeball rollt, d. h. die alten Kotreste werden sich in Bälle sehr vergrössern. Die Oelbehandlung, bezw. die Anwendung der Klysmen mit physiologischer Kochsalzlösung dürfen schon deshalb nie plötzlich aufhören. Die Kranken müssen sich derselben allmählich entwöhnen; sie sind nämlich

auch das mildeste und beste Mittel, um den Darm allmählich zu Selbstthätigkeit zu erziehen, d. h. um die habituelle Stuhlträgheit zu beseitigen.

Damit hätte ich die Grundsätze, nach denen ich die in diesen Blättern geschilderten Krankheitszustände zu behandeln pflege, auseinandergesetzt. Wer diesen Ausführungen und Darlegungen mit einiger Aufmerksamkeit gefolgt ist, wird zu der Ueberzeugung gelangt sein, dass die Handhabung der sogen. „Oelkur“ auch ein etwas komplizierteres Ding ist, als mancher glaubt. Es geht damit, wie mit der Handhabung aller Heilmethoden. Sie müssen nicht nur gelernt, sondern auch genau begriffen und in jedem einzelnen Falle dessen Eigenart entsprechend ausgeführt werden.

IX. Casuistische Belege.

Ich führe hier eine Reihe kurzer Krankengeschichten an, welche wenigstens einige der im Text gemachten Ausführungen erläutern sollen. Ich habe davon Abstand genommen, dabei in jedem einzelnen Falle die therapeutischen Massnahmen in allen ihren Einzelheiten auszuführen. Je nach dem individuellen Bedürfnis wurde die im vorigen Abschnitt in ihren Grundzügen geschilderte Behandlung modifiziert.

Fall I. Alter Leistenbruch rechterseits und Radikaloperation, danach Entwicklung einer entzündlichen Netzgeschwulst, mit beträchtlicher Steigerung einer anscheinend seit langer Zeit bestehenden Koprostase (vgl. S. 19).

Herr E. aus F., 33 Jahre alt, konsultierte mich auf Anraten seines Arztes am 29. Mai 1901. Der Patient litt an einer entzündlichen Netzgeschwulst von ansehnlichem Umfange, welche in direktem Anschluss an die Operation eines rechtsseitigen Leistenbruches, der in den Hodensack herabgestiegen war und die Grösse einer Mannsfaust erreicht hatte, zur Entwicklung gekommen war. Die Geschwulstbildung hat etwa eine Woche nach der Entlassung des Kranken aus der chirurgischen Behandlung begonnen. Der Appetit blieb trotzdem ungestört. Der Stuhlgang war dabei sehr angehalten. Wie es früher damit gestanden hat, war nicht genau zu eruieren. Jedoch sprachen eine Reihe von anamnesticen Daten sowie auch die hier vielfach entleerten alten schwarzen Kotmassen dafür, dass es sich um eine offenbar seit langer

Zeit bestehende Koprostase handelte. Der den Patienten in seiner Heimat behandelnde Arzt hatte bereits eine Oelbehandlung eingeleitet. Er schickte aber den Kranken hierher, weil er eine Anstaltsbehandlung für angemessener hielt. Der Kranke ist demgemäss vom 30. Mai bis zum 6. Juli in der hiesigen Privatklinik behandelt worden. Die Oelbehandlung erwies sich im allgemeinen als sehr wirksam. Es musste jedoch wiederholt von der Applikation des Oels, bezw. auch der physiologischen Kochsalzlösung mittels eines hoch in den Dickdarm eingeführten Darmrohres Gebrauch gemacht werden. Als „Schiebemittel“ wurden wiederholt Calomeldosen von 0,1—0,2 g angewendet. Es wurden wegen der entzündlichen Netzgeschwulst absolute Ruhe eingehalten und Umschläge auf den Bauch gemacht. Der Appetit war zuerst mittelmässig. Er hob sich aber mit der ziemlich stetig fortschreitenden Besserung. Das Körpergewicht von 127 Pfund bei der Aufnahme des Patienten hat sich nicht geändert. Es wurde dem Patienten bei der Entlassung geraten, die Oelklysmen unter der Leitung seines Arztes zu Hause noch einige Zeit fortzusetzen und sich bis zum völligen Verschwinden der sehr verkleinerten Netzgeschwulst entsprechend ruhig zu verhalten.

Fall II. 62jähriger Patient. Derselbe leidet an einer ausserordentlich chronischen, durch alle möglichen Kurversuche unbeeinflusst gebliebenen spastischen Koprostase, welche sich schliesslich mit einer schmerzhaften Enteritis mucosa (s. S. 24) vergesellschaftet hatte, und für welche wohl eine Reihe durch den Kranken verschuldete diätetische u. s. w. Missgriffe verantwortlich zu machen sind (vergl. S. 33).

Herr v. X., 62 Jahre alt, Offizier a. D., konsultierte mich zum erstemmale am 24./1. 1900. Der Vater litt an Gicht und Blasenbeschwerden und ist 66 Jahre alt gestorben. Patient selbst leidet seit seinem 20. Jahre an „Magen-

beschwerden und Migräne“, die er auf zwei Jodquecksilber- und eine Zittmannkur zurückführt, denen er sich wegen eines fälschlich für eine syphilitische Infektion gehaltenen Herpes progenitalis, welcher sich später alljährlich und auch jetzt noch zeigt, unterziehen musste. Gegen seine Verdauungsbeschwerden und die Migräne hat der Patient folgende Kuren gebraucht: 1861—1868 jährlich eine Brunnenkur in Kissingen, 1874 eine Trinkkur in Karlsbad, in den Jahren 1876, 1878 und 1881 Kaltwasserkuren in Nassau und dem Nerothal, im Jahre 1886 und 1888 je sechs Wochen lang Badekuren in Gastein. Sämtliche Kuren wirkten aber nur 4—6 Monate lang, dann traten die Kopfschmerzen, Blähungen und das „Katergefühl“ wieder ein. 1889 wurde Patient ein viertel Jahr elektrisiert. Als ich den Patienten sah, waren die Därme sehr stark mit Kot gefüllt. Ueber die Wirkungen der Behandlung (Oel- und Wasserklystiere in der vorher geschilderten Weise) hat sich der Patient folgendermassen geäussert: „Obwohl die Behandlung während der ersten zehn Tage der Kur erheblichen Stuhl drang und Bauchgrimmen erzeugte, so dass ich täglich 8—10 mal das Kloset aufsuchen musste, erfolgte eine Loslösung alten Kotes doch erst in grösserer Menge am zehnten Tage der Behandlung. Während der nächsten acht Tage blieben, obwohl ich täglich 3—4 Ausleerungen hatte, die Schmerzen im Bauche weg. Am nächsten Tage (dem 19. der Kur) stellte sich ein derartiges schmerzhaftes Ziehen in den Därmen ein, dass ich mich nicht mehr auf den Beinen halten konnte, sondern mich niederlegen musste, worauf alsdann eine grössere Menge alten Kotes „unter Ach und Weh“ abging.“ Im weiteren Verlauf der Behandlung stellten sich als Vorboten stärkeren Abgangs von alten Kotmassen gewöhnlich stärkere Auftreibung des Bauches, aber auch nervöse Erscheinungen (ischiadische Schmerzen, Schmerzen in den Augen, Migräne) ein, welche sich, nachdem stärkere Entleerungen erfolgt waren, verloren. Erst gegen die siebente Woche der Behandlung traten statt der seither täglich mehrfachen, oft nur eine Ausleerung in 24

Stunden auf. Dafür aber stellte sich mit denselben der Abgang gallertartigen zähen Schleimes ein, welcher unter kolikartigen Schmerzen abging. Nach einer achtwöchigen Behandlung wurde dieselbe auf Wunsch des Kranken abgebrochen, obgleich sich bei der Untersuchung ergab, dass der Darm noch lange nicht genügend evakuiert war. Patient, ein ausserordentlich langer und kräftiger Mann, von guter Ernährung, hatte während der Behandlung 2,5 Pfund an Körpergewicht eingebüsst. Die allgemeine Nervosität, das was der Kranke seinen „allgemeinen Katzenjammer“ nannte, hatte sich sehr gebessert. Eine gewisse Dysurie infolge eines Blasenkrampfs bestand noch. Der Appetit war stets gut. Der Schlaf leidlich. Jedenfalls war der Kranke sehr zufrieden mit seiner Kur und reiste auf seine Villa, die er im Sommer, den er in Deutschland verlebte, bewohnte, während er den Winter seit vielen Jahren in Italien mit seiner Gattin verbrachte. Der hochgebildete Kranke, der durch seine langwierigen Kuren eine gewisse Uebung in solchen Dingen sich erworben hatte, benutzte die Sommermüsse, die Behandlung, die er in der Klinik erfahren hatte, nach seiner Art zugestutzt, zu Hause fortzusetzen. Er scheint sich dabei aber eine anscheinend recht unangenehme Darmreizung zugezogen zu haben. Indes ging dieselbe vorüber und im Laufe des Sommers wurde der Zustand so weit gebessert, dass der Stuhl unter nur gelegentlicher Beihilfe von Einläufen meist spontan erfolgte. Das Allgemeinbefinden des Patienten hob sich, desgleichen auch die übrigen Krankheitssymptome. Die Blasenbeschwerden verschwanden gänzlich und die „Lähmungserscheinungen“ machten sich gar nicht mehr bemerklich. Die Kräfte hatten sich ungemein gehoben und die Stimmung war unternehmender geworden. Deshalb schloss sich der Patient einer Geschäftsreise nach der Pariser Weltausstellung im Herbst 1900 an. In Paris war er imstande, der Führung ohne Ermüdung (zehn Stunden täglich) zu folgen, der Schlaf war gut. Der Stuhl wurde täglich durch eine Pille Cascarine Leprince erzielt. Indes überstieg das sechs Wochen hindurch anhaltende an-

strengende Reiseleben die Kräfte des Patienten, besonders litt die Darmthätigkeit wieder erheblich, so dass der Kranke, im Begriff sich in seinem italienischen Winterquartier festzusetzen, aus Florenz hierher in die Privatklinik kam, wo er am 18./1. 1901 aufgenommen wurde. Die Darmfunktion streikte vollständig, die seit geraumer Zeit fortgebliebene Rülpe belästigten den Patienten wieder, beim Treppensteigen plagte den Kranken Atemnot, und Herzklopfen machte sich dabei unangenehm bemerkbar. Das Körpergewicht betrug bei der Aufnahme 190 Pfund. Am 15. Februar erfolgte die Entlassung. Das Körpergewicht hat hier um 1,8 Pfund abgenommen. Die Untersuchung des im übrigen ganz weichen Bauches ergab in der linken Bauchhälfte eine Reihe harter Stränge, welche zum Teil auch recht druckempfindlich waren. Der Kranke hatte im Leibe viel Unbehagen und nach dem Essen stellten sich mässige dyspeptische Beschwerden ein. Die Stuhlausleerungen waren während der ersten Hälfte des Aufenthaltes in der Privatklinik sehr mangelhaft und es traten meist unter heftigen Schmerzen grössere Schleimmassen in den Ausleerungen derart auf, dass sie die Kotknoten gewöhnlich vollständig einhüllten. Bisweilen aber wurden diese Massen ohne jede kotige Beimengung entleert. Während der zweiten Hälfte des Aufenthaltes in der Privatklinik stellte sich ziemlich plötzlich bei der nach denselben Principien, wie bei der ersten Kur geleiteten Behandlung eine stetig zunehmende Besserung ein. Als der Kranke die Privatklinik verliess, war indes die Behandlung noch nicht völlig abgeschlossen. Man fühlte nämlich noch eine Reihe wenn auch weit dünnerer, indes immer noch etwas druckempfindlicher Stränge in der linken Hälfte der Bauchhöhle. Als Facit der Behandlung muss eine stetig zunehmende Besserung während des Gesamtverlaufs der Kur festgestellt werden, die sich nicht nur auf den Darm sondern auf alle oben erwähnten mannigfachen erheblichen Beschwerden erstreckte. Die Unterbrechungen der Besserung sind einmal durch das vorzeitige Abbrechen der Behandlung und durch die mannigfachen Miss-

griffe, welche eingestandenermassen der Patient selbst verschuldet hat, zu erklären.

Fall III. 2 Jahre und 10 Monate alt, leidet an einer wohl angeborenen Anomalie des Darmes, welche sofort nach der Geburt schwere Störungen seitens des Verdauungskanales bewirkte. Dieselben sind niemals völlig zurückgetreten und haben alsdann eine sehr erhebliche Steigerung erfahren, welche den Anlass zu der Aufnahme des Kindes in die hiesige Privatklinik gab, wo nicht nur die lebensbedrohenden Erscheinungen beseitigt, sondern eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens bewirkt wurde (cf. oben Seite 39).

Norbert X., dessen Bruder an schwerem Bronchialasthma und chronischer Constipation litt, (s. Fall XII), zwei Jahre und zehn Monate alt, trat am 26./4. 1901 in der hiesigen Privatklinik in meine Behandlung. Die Mutter des kleinen Patienten erzählt, dass er gleich nach seiner Geburt 5 Wochen lang sehr starkes Erbrechen, aber so gut wie keine Stuhlentleerung gehabt habe. Nachdem das Erbrechen aufhörte, wurde der Bauch dunkelblau, hart und aufgetrieben. Die Nahrungsaufnahme war in den ersten Lebenswochen schlecht, dann aber stets gut. Medikamente und Wasserklysmen bewirkten keinen Stuhl. In einem Hospital in M., wo das Kind drei Monate nachher aufgenommen wurde, nahm der Arzt an, dass durch eine Falte im Darm dessen spontane Entleerung behindert werde. Durch die Einführung einer Magensonde wurde der Uebelstand gehoben, worauf eine vollständige Stuhlentleerung stattfand und der Leib ganz weich und dünn wurde. Spontane Stuhlentleerung erfolgte aber danach nicht, und es musste durch täglichen Wassereinlauf nachgeholfen werden. Seit 14 Monaten wurde nun auf ärztliche Verordnung nur einmal in jeder Woche durch Wassereingiessung der Darm gründlich entleert und zweimal wöchentlich ausserdem durch Oelcingiessung oder durch Seifenzäpfchen für Oeff-

nung gesorgt. Die beiden letzten Mittel wirkten häufig nur sehr mässig. Ausserdem wurde das Kind zweimal wöchentlich mit einer Holzkugel massiert. Vierzehn Tage, bevor es hierher kam, klagte der Knabe während dieses Massierens plötzlich über einen sehr heftigen Schmerz im Leibe, es wurde dabei im Gesicht zunächst blaurot und darauf sehr blass. Nach zwei Tagen stellten sich heftiges Erbrechen und völlige Appetitlosigkeit ein, und nach weiteren drei Tagen war der Leib wieder stark aufgetrieben. Seitdem war täglich für genügende Stuhlentleerung gesorgt worden, trotzdem war der Leib noch nicht wieder dünner geworden, während der Appetit und das sonstige Befinden wieder normal sein sollten. — Das kleine zarte Kind, mit einem Körpergewicht von 29 Pfund, imponierte durch den grossen Umfang seines Leibes. Durch die dünnen Bauchdecken konnte man bis vorderarmdicke Auftreibungen der Därme in peristaltischer Unruhe beobachten. Das Rectum war sehr weit. Man kam sofort auf harte Kotknoten. In den ersten beiden Tagen förderten Klysmen von 50—75 Gramm Oel wenig Kot zu Tage, der Appetit war schlecht. Am 28./4. trat Erbrechen und stärkere Auftreibung des Leibes ein; Fieber fehlte. Auch ein am nächsten Tage applicierter grösserer hoher Oeleinlauf mittels der hoch in den Darm eingeschobenen Magensonde brachte keinen nennenswerten Erfolg, obgleich danach öfters dünner Stuhl erfolgte. Heisse hydropathische und Breiumschläge verminderten die grossen Beschwerden des Kindes. Ausgesprochene peritonische Symptome traten nicht auf, indes erhob sich am 3. Mai die Temperatur auf 39,3, am nächsten Tage sank sie auf 38,4 ab, blieb aber bis zum 6. Mai abends immer etwas über 38 Grad C. Inzwischen blieb, trotz der angewandten Mittel, insbesondere hoher mittels der Magensonde applicierter, aus einer Pseudoemulsion von Mohnöhl, Baldrianthee (ää 150 g), Gummischleim (30,0 g) und 0,7 % Kochsalz bestehenden Klysmen der Zustand im wesentlichen unverändert. Erst vom 5. Mai an fingen die Klysmen an erfolgreicher zu wirken, der Appetit hob sich und das Allgemeinbefinden besserte

sich. Der nunmehr in fast stetig zunehmender Menge entleerte Stuhl hatte eine schmutzig graue Farbe, Gallenbestandteile wurden nicht darin nachgewiesen. Gelbsucht war absolut nicht vorhanden, ist auch früher nie beobachtet worden. Bei dem Stuhlgang entleert sich neben Kot und Oel eine starre graue, scifenartig aussehende Masse. Beim Oeleinlauf mittels der hoch hinaufgeführten Magensonde dehnt sich sehr bald der in der rechten Hüftbeingrube liegende Teil des Darmes aus. Man fühlt hier deutlich durch die dünnen Bauchdecken die Magensonde durch, und kann sie mittels Druck von aussen durch die Bauchdecken in ihrer Richtung beeinflussen. Der im Anfang Juni gemachte Versuch die Oeleingiessungen auszusetzen, hatte den Erfolg, dass die Stuhlausleerungen aufhörten. Es gingen bei der Fortsetzung der Klysmen in der beschriebenen Zusammensetzung täglich unter stetiger Zunahme des Appetits und des Allgemeinbefindens ungeheure Mengen Kot von der geschilderten Beschaffenheit ab. Der Urin war stets frei von Eiweiss, Zucker und Gallenfarbstoff. Das Kind wurde am 14. Juni auf Wunsch seiner Eltern, die die Behandlung zu Hause fortsetzen lassen wollten, aus der Privatklinik entlassen. Der Leib hatte besonders in der letzten Zeit wesentlich an Volumen abgenommen, hatte aber immer noch einen ungewöhnlichen Umfang. Die Gesichtsfarbe war frisch und gesund. Die Bewegungsfähigkeit des Kindes, welches fast den ganzen Mai im Bett zugebracht hatte, war eine durchaus befriedigende, es spielte munter im Freien. Das Erbrechen, welches bis zum 18. Mai gelegentlich immer noch manchmal aufgetreten war, ist nicht mehr wiedergekehrt. Das Körpergewicht hatte bei der Entlassung, trotz des vortrefflichen, immer zum Besseren fortschreitenden Allgemeinbefindens nicht²zu-, sondern um 1,5 Pfund abgenommen.

Dieser Fall darf wohl als Analogon eines von Ernst Schreiber aus meiner Klinik beschriebenen Falles ¹⁾ angesehen werden, wie sich aus der kurzen Inhaltsübersicht der

¹⁾ Ernst Schreiber. Zur Kasuistik der Achsendrehung des Darmes. Sonderabdruck aus der Zeitschrift für klinische Medicin. 38. Bd. (1899).

letzterwähnten Beobachtung ergibt. Dieselbe lautet: Ein neun-jähriger Junge, der von Geburt an wiederholt an Erbrechen und gleichzeitiger Stuhlverstopfung gelitten hatte, während er in der Zwischenzeit sich genau normal befand, wurde mit einer ähnlichen Attacke in die Klinik aufgenommen. Plötzlicher Collaps. Die Sektion ergab eine enorme Ausdehnung des Magens, Volvulus infolge congenitaler Missbildung des Mesenteriums und Umschlingung des Jejunums und des Colon ascendens¹⁾.

Fall IV. 55jährige Patientin, die seit frühester Jugend an hartnäckiger Verstopfung leidet. Starke hämorrhoidale Blutungen. Vielfache nervöse Beschwerden, insbesondere cardialer Natur, vergesellschafteten sich vielfach mit den Stuhlbeschwerden. Daneben entwickelte sich eine hochgradige Fettleibigkeit mit den davon abhängigen Beschwerden. Profuse hämorrhoidale Blutungen veranlassten, als die Patientin in meine Behandlung eintrat, die Entfernung der enormen Hämorrhoidalknoten. Die danach eingeleitete Behandlung der hochgradigen Koprostase und der Fettleibigkeit hatte einen sehr guten Erfolg auch betreffs der vielen diese Leiden begleitenden neuralgieformen Schmerzen und anderen Beschwerden (vergl. oben S. 50).

Frau Gräfin X aus Y, 55 Jahre alt, konsultierte mich zum erstenmal am 27./8. 1900. Sie leidet schon seit ihrer frühesten Kindheit an Neigung zur Verstopfung, als grösseres Kind hatte sie oft heftige Schmerzen bei verhärtetem Stuhl.

¹⁾ Das Kind ist am 15. August 1901 nach schweren Leiden gestorben. Die Leichenöffnung ist meines Wissens nicht gemacht worden. Bis etwa drei Wochen vor dem Tode war es recht gut gegangen, dann traten wieder die früheren Krankheitssymptome auf. Durch Oel- und Wassereinläufe u. s. w. gelang es zwar noch manchmal, etwas Stuhlgang zu erzielen, nichtsdestoweniger blieb der obere Teil des Leibes furchtbar aufgetrieben. Auch, als wenige Tage vor dem Tode spontan mehrfach täglich reichlichere Stuhlausleerungen sich einstellten, änderte sich daran nichts, im Gegenteil, der obere Teil des Leibes war zum Zerspringen gespannt.

Ohne in weitere Einzelheiten der über eine lange Leidensgeschichte berichtenden Anamnese weitläufiger einzugehen, sei hier nur berichtet, dass die schon längere Zeit vorher aufgetretenen, stetig wachsenden Hämorrhoidalknoten sich etwa im 44. Lebensjahre mit erheblicheren Blutungen vergesellschafteten. Diesen Blutungen gingen oft stärkere schleimige Absonderungen aus dem Mastdarm vorher. Die Patientin begann in der hiesigen Privatklinik eine Kur behufs der Beseitigung der hochgradigen Koprostase, welche, abgesehen von den eben erwähnten hämorrhoidalen Komplikationen, von schweren funktionellen Herzstörungen häufig begleitet gewesen ist. Dieselben wurden von der Patientin folgendermassen beschrieben: Unregelmässiger Herzschlag, aussetzender Puls schon seit früher Jugend. Die Patientin hatte dabei oft das Gefühl, als würde das Herz plötzlich geschüttelt, dann setzte der Herzschlag für einige Sekunden ganz aus, um nach einigen starken heftigen Schlägen wieder in eine normale Schlagfolge einzutreten. Bisweilen, besonders in früheren Jahren traten schmerzhafte Empfindungen in der Herzgegend auf, ausserdem gelegentlich starke Herzpalpitationen, die besonders in der Nacht sich einstellten, so dass die Kranke oft nicht im Bett zu bleiben vermochte. Zwischendurch kamen Zeiten, in denen der Herzschlag gar nicht gefühlt werden konnte. Die in der Applikation von Oel- und Salzwasserklysmen in der früher angegebenen Weise bestehende, am 28./8. 1900 in der hiesigen Privatklinik begonnene Behandlung förderte sehr erhebliche Kotmassen zutage, doch machten die fast täglich auftretenden starken Hämorrhoidalblutungen die Entfernung der sehr beträchtlichen Hämorrhoidalknoten nötig, wodurch natürlich nicht nur eine Unterbrechung der Koprostasebehandlung, sondern damit auch wieder eine Zunahme des Kotes veranlasst wurde. Die Operation am 6./9. 1900 ausgeführt, hatte nichtsdestoweniger einen sehr guten Erfolg. Die Patientin begann die Behandlung mit Klysmen wieder am 11./11. 1900 und gleichzeitig wurde wegen der hochgradigen Fettleibigkeit eine nach meinen Grundsätzen geregelte Diät verordnet. Am

17./11 1900, also kurze Zeit nach der Einleitung der wieder gute Ergebnisse liefernden Klysmabehandlung, wurde die Patientin, die die Behandlung zu Hause weiter fortzusetzen wünschte, aus der Privatklinik entlassen. Am 11. Januar 1901 stellte sich die Kranke hier wieder vor. Bei prompter Befolgung der vorgeschriebenen Diät war das Körpergewicht von 171 auf 161 Pfund gesunken. Auch die Evakuation des Darmes hatte gute Fortschritte gemacht. Indes blieb in dieser Beziehung noch mancherlei zu thun. Die Patientin verweilte deshalb bis zum 26./1. 1901 in der Privatklinik, wo unter meiner Leitung die Behandlung in der seitherigen Weise weiter fortgesetzt wurde. Bei der Entlassung war der Darm wieder freier geworden und das Körpergewicht von 161 auf 159 Pfund zurückgegangen. Als weitere Erfolge der Behandlung waren zu verzeichnen, dass die ziehenden Schmerzen und sonstigen Missgefühle in den Schenkeln und in den Hüft- und Kniegelenken viel besser geworden waren, desgleichen hatten die allgemeine schmerzhaftige Ruhelosigkeit und die Schlaflosigkeit nachgelassen. Die Behandlung wurde dann wieder zu Hause und zwar mit kleinen Modifikationen fortgesetzt. Als sich die Patientin am 22./6. 1901 wieder bei mir vorstellte, konnte die Koprostase, soweit es sich durch die Untersuchung feststellen liess, als leidlich beseitigt angesehen werden, und die Thätigkeit des Darmes war wesentlich gekräftigt, derart, dass durch die Salzwasserklysmen allein manchmal der erwünschte Erfolg erzielt wurde. Bei der Fortsetzung der Fettleibigkeitsdiät war das Körpergewicht von 159 auf 149 Pfund zurückgegangen. Die Patientin giebt an, dass sie im allgemeinen ein Gefühl des Wohlbefindens und grosse Erleichterung besonders im Gehen und Steigen empfinde, was ihr keine Mühe und Beschwerde und auch keine nennenswerte Atemnot mehr mache. Schmerzen und Steifigkeit im Rücken und im Kreuz wurden so gut wie gar nicht mehr gefühlt, ebensowenig der früher sehr oft auftretende Hexenschuss. Nur in den Hüft- und Kniegelenken bestand immer noch eine freilich geringe Steifig-

keit. Besonders betonte die Patientin, dass ihr früher sehr sprödes Haar infolge der Behandlung schmiegsamer und glänzender geworden sei. Es wurde der Patientin verordnet, dass sie behufs weiterer Erziehung des Darmes immer noch gelegentlich Oel- oder Salzwasserklysmen in der seitherigen Weise anzuwenden habe, um den Darm in absehbarer Zeit zu selbstthätiger Arbeit zu erziehen. Die weiteren Nachrichten lauten auch in dieser Beziehung günstig.

Fall V. 53jähr. Patient. Heftige magendyspeptische Symptome neben sehr starker Koprostase, welche erstere mit Beseitigung der letzteren prompt verschwinden und zwar unter erheblicher Besserung des Allgemeinbefindens und entsprechender Zunahme des Körpergewichts (vergl. oben Seite 50).

Herr Justizrat F. aus X, 53 Jahre alt, konsultierte mich zum erstenmal am 18./7. 1898. Patient giebt an, dass er schon seit seiner Jugend an sehr trägem Stuhle leide. Dazu gesellten sich weiterhin bereits seit ca. 10 Jahren je länger je mehr völlig unerträgliche Magenbeschwerden. „Alles Genossene gerät sofort im Magen in heftige Gärung und wird ausgebrochen.“ Seit Jahren lebt der Kranke lediglich von Milch (meist saurerer), altbackenen Wasserwecken, etwas weichem Käse und, wenn es gut geht, von ganz zartem mit sehr vieler Butter zubereitetem Kalbfleisch. Vor jeder Mahlzeit muss sich der Kranke mit der Sonde den Magen ausspülen. Appetit und Geschmack sind dabei fortwährend gut. Einigemal sollen „gichtische“ Anschwellungen an den Füßen, den Armen und an dem Kopf dagewesen sein, von denen nichts mehr zu sehen ist. In sehr drastischer Weise hat der Patient die verschiedenen Kuren geschildert, welche von Berufenen und Unberufenen, wie er sagte, völlig erfolglos mit ihm angestellt worden sind. Ich konnte bei dem Kranken, abgesehen von einem chronischen Rachenkatarrh — weswegen er mit Erfolg die von mir verordneten Rachenbäder mit Zusatz von einer geringen Menge 0,5%iger alkoholischer

Thymollösung brauchte — nichts weiter finden als in seinen mittleren Partien mässig aufgetriebenen Leib, in dem sich in grosser Zahl stark gefüllte Darmschlingen fühlen liessen. Der Kranke hatte ein Körpergewicht von 129,5 Pfund. Auf meinen Rat unterzog er sich mit dem besten Erfolge in der hiesigen Privatklinik einer Oelbehandlung, die vom 18./7. bis zum 9./8. 1898 dauerte. Das Rectum war normal. Das Körpergewicht stieg in dieser Zeit bis auf 140 Pfund. Der Zustand des Magens war dabei ein durchaus zufriedenstellender. Was ich später noch über das Befinden des Patienten gehört habe, war ebenso durchaus befriedigend.

Fall VI. 22 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen. Seit lange hartnäckig constipiert, will sie einigemal unter gastralischen Beschwerden Magenblutungen gehabt haben. Dabei und danach immer andauernde hochgradige Koprostase, deren Beseitigung auch alle übrigen Symptome zum Verschwinden brachte (vergl. oben Seite 56).

Fräulein W. aus E., 22 $\frac{1}{2}$ Jahr alt, leidet seit vier Jahren, wo sie ein Jahr lang in einer Mädchenpension war und daselbst — wie das häufig beobachtet wird — an hartnäckiger Verstopfung litt, an heftigen Magenbeschwerden. Die Patientin konsultierte mich zum erstenmal am 17. Dez. 1897. Vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren will sie zweimal Magenblutungen mit heftigen, immer wiederkehrenden Magenschmerzen gehabt haben. Die Symptome verloren sich bis auf die Stuhlverstopfung. Bei der Untersuchung ergab sich ausser einer mässigen Dilatatio cordis und einer hartnäckigen Koprostase nichts Bemerkenswerthes. Körpergewicht 120 Pfund. Seit Frühjahr 1897 hatte die Patientin lediglich von flüssiger Kost gelebt. Meine Ordination bestand, abgesehen von der Regelung der Diät, bezw. einer entsprechenden Erweiterung des Speisezettels, in Flores sulfur und Sacchar. lactis ãã 3mal tgl. 1 Theelöffel. Als mich die Patientin am 11. Februar 1898 wieder besuchte, war das Allgemeinbefinden viel besser, Körpergewicht 123 Pfund. Es wurden bis zum

22. Februar in der hiesigen Privatklinik Oelklysmen gebraucht. Die vollständige Entleerung des Darmes, besonders aber seine Erziehung zu einer regelmässigen Thätigkeit, machten mancherlei Schwierigkeiten, indem die Patientin die hier wiederholt aufgenommene Behandlung stets lange bevor es angänglich war abbrach. Indes wurden durch die Behandlung mit Klysmen in der oben beschriebenen Weise alle Beschwerden glücklich beseitigt. Dabei ist auch die Herzdilatation völlig zurückgegangen, desgleichen haben die häufigen Magen- und Rückenschmerzen völlig aufgehört, der früher launische Appetit ist meist sehr gut; die früher hartnäckige Koprostase ist beseitigt, der Darm funktioniert bei entsprechender Körperbewegung sehr gut. Ich habe die Patientin am 28. März 1901 in sehr gutem Befinden wiedergesehen, sie war verlobt und wollte sich vor ihrer bevorstehenden Verheiratung nochmals vorstellen.

Fall VII. 26jähriger Pfarramtskandidat leidet, wie er erzählt, nach dem Urteil der Aerzte, die ihn seither behandelt haben, an Magensaftfluss. Erhebliches Sinken des Körpergewichts und sehr beträchtliche Störung des Allgemeinbefindens. Bei der Behandlung der gleichzeitig vorhandenen Koprostase, die als eine hochgradige bezeichnet werden musste, verloren sich im Laufe der Zeit alle übrigen Krankheitssymptome. Bereits während des verhältnismässig kurzen Aufenthalts in der hiesigen Privatklinik waren sehr erhebliche Fortschritte zu konstatieren (vergl. oben Seite 57).

Herr Pfarramtskandidat O. aus C., 26 Jahre alt, konsultierte mich am 27. Juli 1897. Früher stets gesund, will er im Oktober vor. Js., nachdem er zwei Tage vorher ein Dampfbad genommen hatte, plötzlich erkrankt sein. Bei regelmässigem Appetit stellten sich zwei Stunden nach der Mahlzeit Druckgefühl im Magen und Uebelbefinden, ins-

besondere geschmackloses Aufstossen ein. Der Stuhl soll anfangs gut gewesen sein, später aber trat starke Verstopfung auf. Patient liess sich in die Privatklinik eines namhaften und angesehenen Arztes aufnehmen, wo Magensaftfluss und eine Erweiterung des Magens festgestellt wurde. Der Patient verweilte daselbst vom 10. April 1897 fünf Wochen lang. Die Verdauungsfähigkeit des Magens erwies sich daselbst als eine durchaus gute. In dieser Behandlung hat das Körpergewicht, welches vom Beginn der Krankheit bis zu der Aufnahme in die betr. Privatklinik von 157 auf 126,5 Pfund gesunken war, nicht weiter abgenommen. Bei der Aufnahme in die hiesige Privatklinik bot der Patient das Bild eines erschöpften Mannes. Seine gleichzeitige Augenschwäche beruhte auf einer muskulären Asthenopie, die besonders jetzt, infolge seiner etwas geschwächten Muskel- und Körperkraft noch stärker zum Ausdruck kam. Der Bauch war nicht sehr voll, zeigte aber ausgedehnte Dämpfung, am Darm beobachtete man eine sehr lebhaft peristaltische Unruhe, er enthielt zahlreiche Gase. Anderweitige Veränderungen konnte ich bei der Untersuchung des Patienten nicht auffinden. Die sofortige Einleitung einer Oelbehandlung bestätigte zunächst die Annahme, dass eine ausgiebige Koprostase bestehe. Die Oelbehandlung wurde bis zum 30. August in der hiesigen Privatklinik weiter fortgesetzt. Der Patient, welcher bei seiner Aufnahme 126,5 Pfund gewogen hatte, wog bei seiner Entlassung 130,2 Pfund. Alle Beschwerden waren geschwunden und der Kranke verliess im besten Befinden die Klinik. Es ist dem Kranken auch weiterhin sehr gut gegangen. Die früheren Beschwerden haben sich nicht mehr wieder eingestellt und der Patient wurde vollkommen geheilt.

Fall VIII. 42jähriger Mann, angeblich infolge von Ueberanstrengung erkrankt, leidet — abgesehen von der ihn fast arbeitsunfähig machenden schweren Neurasthenie — an einer sehr hartnäckigen Constipation, nach deren Beseitigung

das ganze Heer der übrigen Krankheitssymptome verschwindet (vergl. oben Seite 78).

Herr Bankdirektor R. aus X. konsultierte mich zuerst am 5. Mai 1900. Der 42jährige Mann giebt an, seit ca. sieben Jahren infolge von Ueberarbeitung krank zu sein. Die Krankheit soll sich damals in ganz kurzer Zeit entwickelt haben. Sie äusserte sich in den heftigsten Kopfschmerzen, grosser Schlaflosigkeit und in ungenügendem Appetit. Der Stuhlgang soll in jener Zeit meistens etwas mangelhaft, zeitweise aber ganz gut gewesen sein. Patient ist mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden und hat die mannigfaltigsten Kuren über sich ergehen lassen. Am besten sind ihm die Kaltwasseranwendung und der Aufenthalt in einem Nordseebade bekommen. Abführende Kuren sind nicht gebraucht worden, sondern lediglich die „Nervosität“ bekämpfende Behandlungsmethoden, auch die Hypnose wurde angewandt. Als der Kranke sich hier bei mir vorstellte, hatte er ca. 25 Pfund an Körpergewicht abgenommen. Er gab an, dass jetzt die Kopfschmerzen zwar seltener auftreten, dass aber bei geistiger Arbeit sein Kopf so eingenommen sei, dass er aufhören müsse. Der Kranke klagte ferner über mangelhaften Appetit und Stuhlgang, über starken Durst, über vollständigen Kräftenmangel und über Unlust zum Leben. Die Untersuchung ergab einen sehr aufgetriebenen dicken Bauch, in dem sich viele Knoten und Knollen durchfühlen liessen. Besonders machte mir ein solcher im Bereich des absteigenden Colon mancherlei Sorgen. Druckempfindlichkeit bestand aber nicht. Der Harn war eiweiss- und zuckerfrei. Der Kranke unterzog sich hier einer Oelbehandlung, die vom 14. Mai bis zum 18. Juni dauerte. Im allgemeinen wurde damit eine recht gute Wirkung erzielt, als „Schiebemittel“ wurden wiederholt mit gutem Erfolge die Ricinin-Pillen Boudard (cf. oben Seite 163) gebraucht. Als Ergebnis der Behandlung hat der Patient folgendes notiert: „Allgemeinbefinden: Die ausserordentliche Mattigkeit ist verschwunden. Ich fühle mich kräftiger und elastischer, vermag ohne Be-

schwerden Treppen zu steigen und längere Spaziergänge zu machen. Appetit: Vorzüglich gebessert, namentlich ist auch der Magendruck nach eingenommener Mahlzeit nicht mehr vorhanden. Gemütsstimmung: Wesentlich aufgeheitert, gegenüber der früheren stets trüben Gemütsstimmung. Kopfschmerzen: Nur selten noch macht sich Eingenommenheit des Kopfes bemerklich.“ Da die objektive Untersuchung des Bauches immer noch eine mässige Koprostase erkennen liess, wurde die Behandlung im Hause des Patienten fortgesetzt, und zwar nahm der Kranke hier abends ein Oelklysma (200 g) und früh eine Eingiessung von einem halben Liter 0,7%iger Kochsalzlösung. Danach erfolgte am Morgen 4—6mal Stuhlgang, dann tagsüber, wo Patient seine Dienstgeschäfte besorgte, nicht wieder. Inzwischen haben sich auch die Kopfschmerzen vollkommen verloren, und das Befinden ist auch in allen übrigen Beziehungen immer besser geworden. Nichtsdestoweniger riet ich, da der Dickdarm immer noch nicht genügend evakuiert erschien, die Oelbehandlung in einer der so sehr verbesserten Sachlage entsprechenden Weise modifiziert weiter fortzusetzen. Es hat denn auch dabei das Körpergewicht von 146 Pfund bis zum Anfang November 1900 sich auf 160 Pfund erhoben, und der Patient teilte mir mit, dass sein Allgemeinbefinden trotz seiner andauernd anstrengenden und verantwortungsvollen Thätigkeit kaum etwas zu wünschen übrig lasse.

Fall IX. 36jähriges Fräulein, seit ca. 16 Jahren an starker Stuhlverstopfung leidend, bekommt infolgedessen nicht nur unangenehme körperliche Störungen, sondern auch eine grosse Reihe nervöser Symptome. Heilung nach Beseitigung der Koprostase (vergl. oben Seite 78).

Fräulein N. aus B., 36 Jahre alt, unterzog sich vom 16. Juni bis 9. August 1900 einer Oelbehandlung in der hiesigen Privatklinik. Aus der Vorgeschichte des Fräuleins ergibt sich, dass sie seit ihrem 20. Jahre an Stuhlverstopfung leidet, weswegen sie schon damals ärztlichen Rat einholte,

weil sie acht Tage lang keinen Stuhlgang gehabt hatte und die deswegen angewandten Mittel erfolglos waren. Rhabarber-Pastillen, Liebescher Sagrafewein und Grillon's Tamarindien waren die Mittel, die die Patientin am längsten und mit einem verhältnismässig guten Erfolge gebraucht hat. Trotz der hartnäckigen Stuhlverstopfung bestanden keine Schmerzen oder sonstige Beschwerden im Leibe oder an anderen Körperstellen. Auch Kopfschmerzen fehlten. Dagegen hatte die Kranke mit grosser Schläffheit und Abgespanntheit zu kämpfen. Die Versuche, dieser Kraftlosigkeit durch eine besonders kräftigende Ernährung zu begegnen, schlugen durchaus fehl. Die direkte Folge solcher Massnahmen war eine vollständige Appetitlosigkeit. Im letzten Winter steigerten sich die Verdauungsbeschwerden, öfter als je versagten die angewandten Abführmittel ihren Dienst und die Patientin spürte unterhalb der Magengegend häufig ein peinliches Gefühl der Steifheit und Unbeweglichkeit. Vorübergehend traten jetzt auch andere, indes rasch vorübergehende Beschwerden im Leibe auf. Mehr als körperlich litt die Kranke aber in der letzten Zeit moralisch unter den beständigen Verdauungsbeschwerden. Der Gedanke daran lähmte den Appetit und wurde oft zum Ausgangspunkt von Grübeleien und den traurigsten Verstimmungen. Die Patientin ist familiär, besonders seitens ihrer Mutter, betreffs der Verdauungsbeschwerden belastet. Die Kranke hatte bei ihrer Aufnahme ein Körpergewicht von 103 Pfund. Sie ist eine energische und hochintelligente Person. Die Patellarreflexe sind nicht erhöht. Der Bauch ist flach, nicht druckempfindlich. Bei der Palpation desselben sind viele Stränge im Bereich des Darms fühlbar, ausserdem viel Gurren. Der Uterus ist stark nach links verlagert und retroflektiert. Die Erfolge der Oelbehandlung waren zunächst durchaus keine glänzenden, die Stuhlausleerungen waren unzureichend und der Appetit mittelmässig. Erst in den letzten beiden Wochen trat in jeder Beziehung eine auffallende Besserung ein. Während der Behandlung waren druckempfindliche Punkte besonders an der Umschlagsstelle der Nrv. radiales

und an den Austrittsstellen der Nrv. supra- und infraorbitales aufgetreten. Als Unterstützungsmittel für die immer mehr in Gang kommenden Stuhlausleerungen wurde Kugelmassage mit der Sahlischen Kugel in Anwendung gezogen. Die Kranke, die am 4. August aus der klinischen Behandlung ausscheiden musste, weil ihr Urlaub abgelaufen war, wurde angewiesen, die Behandlung in analoger Weise weiter fortzusetzen.

Ende Dezember 1900 teilte mir Frl. N. mit, dass sie die verordnete Behandlung noch immer fortsetze, derart, dass sie die Oeleingiessungen gelegentlich einige Tage aussetze, wobei sie sich überzeuge, dass der Darm doch schon beginne, selbstthätig, ohne jede Nachhilfe, zu funktionieren. Nachdem die Patientin seit Jahren nur eine Abnahme ihres Körpergewichts feststellen konnte, hat ihr Körpergewicht seit dem Beginn der Oelbehandlung um 7 Pfund zugenommen.

Fall X. 52jähriger Mann. Eine ein chirurgisches Leiden vortäuschende Gelenkneurose wird nach der Beseitigung einer chronischen Constipation gleichzeitig geheilt (s. oben Seite 78).

Herr Oberstleutnant X aus, 52 Jahre alt, konsultierte mich am 7./3. 1897. Mein Kollege, Herr Geheimerat Braun, welchen der Patient, an ein chirurgisches Leiden glaubend, zuerst um Rat gefragt hatte, instruierte mich über seinen Befund mittels folgender Notiz: „— — wegen Schmerzen an der vorderen Seite beider Kniee, die beim Tragen enger Beinkleider auftreten. Ich möchte Ihnen mitteilen, dass lokal absolut nichts am Kniegelenk und in seiner Umgebung zu finden ist, und dass auch keine lokale Druckempfindlichkeit besteht. Das Ganze macht den Eindruck, als ob es sich um eine nervöse Affektion handelte.“ Dieselbe Ansicht hatte ich auch. Die Affektion machte dem nichts weniger als schwächlichen oder empfindlichen Patienten so grosse Beschwerden, z. B. bei dem Besteigen des Pferdes und beim Reiten, dass er auf das dringendste Hilfe wünschte. Der kräftige Mann hatte ein Körpergewicht von

173 Pfund. Vorgeschichte und Befund liessen nur ein einziges ätiologisches Moment für diese Gelenkneuralgie erkennen, nämlich die objektiv nachweisbare chronische Constipation. Die Anamnese schon belehrte, dass früher Darmkoliken öfter dagewesen waren, und die Untersuchung des Bauches zeigte Anwesenheit einer wirklich sehr ansehnlichen Koprostase. In der Zeit vom 9.—17. März brauchte der Kranke mit ausgezeichnetem Erfolg grosse Oeleingiessungen von 300—400 g in der hiesigen Privatklinik. Die Gelenkschmerzen hatten dabei sehr erheblich nachgelassen, als der Patient am 18./3. die Privatklinik verliess. Sein Dienst zwang ihn zunächst den Versuch zu machen, die Behandlung im eigenen Hause weiter fortzusetzen. Ich verordnete abendliche Mohnöleingiessungen (200 g). Die Behandlung wurde nach den oben angegebenen Grundsätzen gehandhabt. Am 27. Mai sah ich den Kranken wieder. Der Schmerz in den Kniegelenken hatte fast ganz nachgelassen, nur gelegentlich wurde eine kleine Spannung gefühlt. Beim Reiten aber — und das war für den Patienten die Hauptsache — waren keine Schmerzen mehr vorhanden. Der Bauch war viel besser, aber die Evakuation des Darmes erschien noch lange nicht vollendet, so dass ich, um Recidive zu verhüten, dringend die Weiterführung der Oelklysmen empfahl. Alle späteren Mitteilungen seitens des Patienten lauteten sehr zufriedenstellend.

Fall XI. 11 Monate alter Knabe. Schwere epileptiforme (epileptische?) Krämpfe bei gleichzeitiger hartnäckiger Koprostase. Mit der Beseitigung der letzteren hörten die ersteren auf (vergl. oben Seite 79).

D. H., 11 Monate alt, aus X., bekam im Alter von 10 Monaten zum erstenmal Krämpfe, nachdem er sich bis dahin ausgezeichnet gut entwickelt hatte. Körpergewicht 10,97 Kilo (nach der Geburt 3,9 Kilo), keine Rachitis. Nachdem die Krämpfe allen verordneten Mitteln nicht gewichen waren, begann ca. drei Wochen nach dem ersten Krampf-

anfall die Mutter, welche selbst mit Erfolg auf meine Verordnung früher Oelklysmen gebraucht hatte, aus eigenem Antriebe, dem Knaben, welcher gleichfalls an hartnäckiger Constipation litt, zumal „Hautfetzen“ mit dem Stuhlgange entleert wurden, Oelklysmen zu geben. Zuerst nahm die Mutter 50,0 und später 75,0 g Oel zu jedem Klyσμα. Ich konnte, als ich einen Monat nach dem ersten Krampfanfall, am 11. Januar 1899 den Knaben, der wohlgenährt und in den anfallsfreien Zeiten sehr vergnügt war, untersuchte, ausser einer starken Darmfüllung nichts Krankhaftes konstatieren. Die Untersuchung der Augen des Knaben, auch des Augenhintergrundes (Geheimrat Schmidt-Rimpler) ergab nichts Abnormes. Die Anfälle wiederholten sich täglich und traten verschieden, oft bis 11mal an einem Tage auf. Es handelte sich um allgemeine Convulsionen, die meist mit heftigem Glottiskrampf vergesellschaftet waren. Die Augenlider waren bei den Anfällen fest zugekniffen. Das Kind war bis zum 19. Januar in meiner Beobachtung. Bei der Abreise war der Bauch noch sehr stark gefüllt und besonders gab die linke Bauchhälfte eine ausgedehnte Dämpfung. Ich bin nachher von den hochintelligenten Eltern des Kindes über den weiteren Verlauf der Krankheit, über welchen von ihnen ein genaues Tagebuch geführt und mir überlassen wurde, auf dem Laufenden erhalten worden. Es war der grosse Einfluss unverkennbar, welchen die Evakuation des Bauches auf die Frequenz und auf die Heftigkeit der einzelnen Anfälle hatte. Auch eine intercurrente Mittelohrentzündung, welche eine zweimalige Punktion des Trommelfelles nötig machte, brachte in die Besserung der Krämpfe keine wesentliche Störung. Seit dem 29. April 1899 sind weitere Krampfanfälle nicht mehr eingetreten. Das Körpergewicht betrug am 2. Mai 1899 12,35 Kilo und stieg bis zum 2. Juli auf 13,77 Kilo. Von Anfang bis Ende Juli 1899 stellten sich vier weitere Backenzähnen ohne jede weitere Störung ein. Nachdem die Krampfanfälle aufgehört hatten, machte die Entwicklung des Knaben auch in geistiger Beziehung gute Fort-

schritte. Mangelhafte Reinlichkeit und das Nichtanmelden seiner körperlichen Bedürfnisse ist bei dem Knaben nur in der Zeit, wo die Krämpfe am heftigsten aufgetreten sind, beobachtet worden. Der Vater des Knaben hat mir berichtet, dass der Zustand seines Gehirns tadellos sei, und dass seine Intelligenz nichts zu wünschen lässt. Am langsamsten hat sich bei dem jetzt reichlich drei Jahre alten Knaben die Sprache entwickelt. Indes spricht er die Worte, über die er verfügt, etwa 2—3 Dutzend, verhältnismässig deutlich aus.

Fall XII. 8jähriger Knabe an schweren Anfällen von Asthma bronchiale leidend, wurde nach Beseitigung einer bei der Untersuchung des Unterleibes nachweisbaren Koprostase von den Asthmaanfällen befreit, womit ein gedeihlicher Fortschritt in der Gesamtentwicklung des Kindes gegeben wurde (vergl. oben Seite 80).

Werner X., acht Jahre alt, Sohn des Herrn Landrat X. aus X., (Bruder von Fall III, s. Seite 211), sah ich am 5. Oktober 1900 zum erstenmal wegen seines Bronchialasthmas. Dasselbe datiert seit einem vor etwa zwei Jahren einsetzenden „Luftröhrenkatarrh“, welcher von langer Dauer war, und in dessen Gefolge vor etwa Jahresfrist asthmatische Erscheinungen sich einstellten, wogegen der Herbstaufenthalt in einem Nordseebade vorübergehend nützte. Im Laufe des Sommers des Jahres 1900 stellten sich wieder Asthmaanfalle ein, obgleich seit der Exstirpation der Rachenmandel im Sommer 1899 die Beschwerden bei der Atmung (Mundatmung) aufgehört hatten. Bei der Untersuchung des Knaben bestand Schnupfen, Tiefstand des Zwerchfells. An verschiedenen Stellen des Brustkastens hörte man Pfeifen. Der Appetit war gut. Der Stuhl sollte geregelt sein, man konnte aber im Bauch eine Reihe Stränge (mit Kot gefüllte Darm-schlingen) fühlen. — Der sehr verständige, geistig angeregte Knabe befand sich in einem gewissen Erregungszustande. Auf meinen Rat brauchte der Knabe Oelklysmen von 50—100

Cem.; über deren Erfolg mir nachher der Vater des Knaben am 19. Februar 1901 folgendes berichtete: Die Oelein-giessungen waren vom 8. Oktober bis zum 1. November 1900 von gutem Erfolg. Drei Wochen nach dem Aussetzen der Oelklysmen stellte sich ein leichter Asthmaanfall ein. Die Oelklysmen wurden dann vom 27. Dezember 1900 bis 19. Januar 1901 in derselben Weise wieder aufgenommen. Dieselben wirkten auch jetzt wieder sehr gut. Die Asthmaanfälle blieben aus. Seit dem erwähnten leichten Anfall bis zum 19. August 1901, wo ich die letzte Nachricht von dem Kranken hatte, sind sie überhaupt nicht mehr wiedergekehrt. Am 26. April 1901 hatte ich den Knaben nochmals selbst gesehen. Derselbe hat sich sehr gut entwickelt. Der Appetit hat sich verdoppelt. Der Schlaf ist sehr gut. Seit Ende Februar 1901 hatte er bis dahin täglich ein Oelklyσμα (100 g) bekommen, worauf er nach zwei Stunden, ohne dass ein Wasserklyσμα nötig war, regelmässig Stuhlgang hatte. Ich verfüge über eine ganze Reihe derartiger Fälle, welche die Beziehungen des Bronchialasthmas und der Koprostase bei dem gleichzeitigen Vorkommen beider zum mindesten sehr wahrscheinlich machen.

Fall XIII. 16jähriges Fräulein, (Vater an Zuckerkrankheit gestorben) befindet sich in einem schweren Inanitionszustande, welcher nach Beseitigung einer chronischen Koprostase geheilt wird. Wiederkehr der Menses, welche 22 Monate lang cessiert hatten, (vergl. oben S. 81).

Fräulein A. S. aus V. konsultierte mich am 17./9. 1895 zum erstenmal und ist vom 4./10. 1895 bis zum 14./12. 1895 in der Privatklinik hierselbst von mir behandelt worden. Der Vater, ein höherer Justizbeamter, ist an Diabetes mellitus gestorben, die Mutter ist gesund. Die Patientin, mit ca. 12 Jahren zum erstenmal und dann alle 14 Tage reichlich menstruiert, leidet seit $1\frac{1}{4}$ Jahren an Cessatio mensium. Der Appetit ist schlecht, der Stuhlgang erfolgt nie ohne Abführmittel. Die Patientin ist jetzt 16 Jahre alt.

Sie ist entsetzlich mager und hat seit $1\frac{1}{2}$ Jahren 23 Pfund abgenommen. Am 4./10. 1895 wog die Patientin bei ihrer Aufnahme in die Privatklinik 68 Pfund. Das Gewicht sank bis zum 12./10. auf ca. 66 Pfund. In den Organen der Brust und des Bauches konnte ich krankhafte Veränderungen nicht nachweisen. Der Leib war nicht aufgetrieben, im Darm waren reichliche Plätschergeräusche nachweisbar. Ob auch Kotretention vorhanden war, konnte bei der Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Die Aufblähung des Magens mit einer Brausemischung ergab, dass der Pylorus schlussfähig war. Der aufgeblähte Magen erstreckte sich bei normalem Stande des Magenfundus zwei Querfinger breit unterhalb des Nabels. Im Urin fand sich eine geringe Eiweissopalescenz, die später mit zunehmender Besserung ganz verschwunden ist. Ich begann bei der Patientin eine modifizierte Mastkur und liess unter Weglassung aller sonstigen Abführmittel Oel- und Salzwasserklysmen in der oben angegebenen Weise applicieren. Als die Patientin am 14./12. 1895 aus der Privatklinik entlassen wurde, funktionierte der Darm auf die Klysmen vollkommen prompt und gut. Das Körpergewicht war auf 71 Pfund gestiegen. Die selbständige Thätigkeit des Darmes aber hat sich nur langsam wiederhergestellt. Bis zum Anfang März hat die Patientin regelmässig die Klysmen in derselben Weise wie in der Privatklinik gebraucht. Dann wurden die Oelklysmen u. s. w. allmählich verringert, und Ende April gebrauchte die Patientin, wie mir ihre Mutter brieflich mitteilte, täglich einen Wassereinlauf und nur hin und wieder einmal ein Oelklyσμα. In dem gleichen Masse, wie die Verhältnisse des Darmes sich besserten, thaten dies auch die Magenfunctionen. Die Gemütsstimmung wurde viel besser, das Aussehen und das Allgemeinbefinden wurden normal, und am 27. April traten nach 22 Monate dauernder Pause die Menses wieder ein. Ich habe seitdem häufig und zwar lediglich Erfreuliches über das Befinden des Fräuleins gehört, das jetzt bereits seit Jahr und Tag verheiratet ist.

Fall XIV. 20jähriger Mann leidet gleichzeitig an chronischer Koprostase und Oxyuris vermicularis. Erst nach der Beseitigung der ersteren gelingt es, der Oxyurenplage definitiv ein Ende zu machen (cf. oben Seite 82).

Herr O. Y., 20 Jahre alt, Kaufmann aus X., kam in meine Behandlung am 29./10. 1898. Patient klagte über Madenwürmer, welche ihm entsetzliche Beschwerden machen, so lange er denken kann. Es sind alle möglichen Mittel dagegen angewendet worden. Die Würmer verschwanden danach wohl vorübergehend, kehrten aber sehr bald, und zwar immer unerträglicher wieder. Die Stuhlausleerungen sollen dabei täglich erfolgt und weich gewesen sein. Dagegen ergab die Untersuchung des Leibes viel Kot im Darm. Das Körpergewicht betrug 133 Pfund. Die Behandlung bestand in der Applikation grosser Oelklysmen u. s. w. in der oben beschriebenen Weise. Bereits am 7./11. gingen reichliche Mengen alten Stuhlganges ab. In demselben befanden sich zahllose Oxyuren. Sobald die Ausleerungen in dieser Weise sich vollzogen, war das Allgemeinbefinden ein ausgezeichnetes, der sonst eingenommene Kopf wurde frei, der Appetit und der Schlaf wurden gut und die von den Madenwürmern veranlassten Beschwerden waren verschwunden. Am 22./12. 1898 wurde der Patient in sehr gutem Wohlbefinden entlassen. Zu verschiedenen Zeiten waren sehr reichliche Mengen alten Kotes, in denen sich stets sehr reichliche Mengen von Oxyuren befanden, abgegangen. Das Körpergewicht war unverändert. Ich hatte dem Patienten gesagt, dass trotz seines guten Befindens bei der Entlassung die Heilung keineswegs eine definitive sei, und dass die Behandlung zu Hause fortgesetzt werden müsse. Das ist auch geschehen, wenngleich durchaus nicht in einwurfsfreier Weise. Indes ist es bei dieser Behandlung doch zu einer Ausheilung gekommen, und der Patient ist von seiner chronischen Koprostase und von seinen Plagegeistern, den Oxyuren, geheilt worden.

Fall XV. 33jähriges Fräulein. Rechtsseitige Wanderniere, die mit vielen Beschwerden verbunden ist. Dieselben verschwinden erst nach Fixierung der Wanderniere durch die Naht. Damit wird auch erst die Behandlung einer bestehenden chronischen Koprostase erfolgreich (vergl. oben S. 85).

Frl. B. aus G., 33 Jahre alt, konsultierte mich zuerst am 21./12. 1896 wegen ihrer bereits seit ihrer Kindheit bestehenden Stuhlverstopfung, welche in ihrem 20. Lebensjahr sehr unangenehm empfunden wurde und welche sie schlaflos, unlustig zu jeder Arbeit machte. Es war der Patientin am liebsten, allein zu sein. Der Zustand besserte sich langsam, wiederholte sich aber in England im Jahre 1888 in erhöhtem Masse. Solche Attacken kehrten mehrfach wieder und allerlei hysterische Symptome machten sich in ebenso typischer wie unliebsamer Weise mehr und mehr bemerkbar. Als ich die Patientin das erstemal sah, betrug das Körpergewicht 107 Pfund (1884 hatte es 135 Pfund betragen, das Minimum waren nicht ganz 90 Pfund im Jahre 1889). Hochgradige Koprostase, manchmal in einer Woche nur einmal Stuhl; erhöhte Patellarreflexe. Die verschiedenen Versuche durch Wasserklysmen (physiologische Kochsalzlösung), grosse Oelklysmen, Kuraufenthalt in Baden-Baden, die Koprostase zu bessern, hatten teils nur einen mangelhaften, teils einen nur vorübergehenden Erfolg. Anfang Januar 1900 konstatierte ich eine sehr bewegliche rechtsseitige Wanderniere. Unter den sehr mannigfachen Beschwerden, die in dem bunten Krankheitsbilde hervortraten, bildeten die Koprostase und gewisse Urinbeschwerden den roten Faden. Sie traten zwar manchmal zurück, kehrten aber unentwegt wieder. Dazu kamen fast ebenso häufig Herzbeschwerden, Ohnmachtszufälle u. s. w. Die Urinbeschwerden bestanden in einem enorm gesteigerten Bedürfnis zum Urinlassen, welches sie besonders in der Nacht quälte und sie absolut nicht zum Schlaf kommen liess. Am 29./12. 1900 wurde die rechte Niere angenäht.

Körpergewicht 100 Pfund. Die Niere sass sehr tief. Seitdem haben sich, ob zwar nur langsam und allmählich — im Verlauf von ca. 4—5 Monaten — alle Beschwerden verloren. Zuerst — 6 Tage nach der Operation — hörten die Harnbeschwerden auf, erst nach längerer Erholung an der Riviera schwanden die vielen nervösen Symptome (Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzpalpitationen und Beängstigungen u. s. w.), ferner kehrte der Appetit wieder und der Stuhl regelte sich, damit stellten sich, indem auch die Ernährung und das Körpergewicht sich entsprechend hoben, die körperliche Leistungsfähigkeit und die geistige Spannkraft in befriedigender Weise ein, die seit Jahren so viel zu wünschen gelassen hatten. Gegenwärtiges Körpergewicht 110 Pfund.

Fall XVI. 41jährige Frau mit chronischer Constipation, rechtsseitiger Wanderniere, schwerer Ernährungsstörung. Nach Beseitigung der ersteren verschwinden die sämtlichen übrigen Symptome (vergl. oben S. 85).

Frau A. R., 41 Jahre alt, aus konsultierte mich zuerst am 28./12. 1899 wegen ihrer seit einigen Wochen häufig auftretenden Bauchkoliken, welche auf den Darm zu beziehen waren. Patientin bezeichnete sie als „Magenkrämpfe“. Sie brauchte deswegen das ihr ärztlich verordnete Condurangopräparat. Die Stuhlausleerungen sollen seit dieser Zeit auch sehr mangelhaft sein. Uebelkeit und Erbrechen fehlen. Vor sieben Jahren soll ein ähnlicher Anfall dagewesen sein. Vor 20 Jahren hat die Patientin nach einer Entbindung einen durch den Mastdarm sich entleerenden Beckenabscess gehabt, welcher dann von Geheimrat König operativ behandelt und geheilt wurde. In den letzten Wochen haben sich die Anfälle nach jeder Mahlzeit wiederholt, so dass die Kranke nichts zu essen wagte. Es stellten sich dementsprechend Abmagerung und Kräfteverfall ein. Ich fand den Leib schlaff, es bestand ein ziemlich hochgradiger Hängebauch, in dem sich zahlreiche gefüllte Darm-

schlingen fühlen liessen. Es fand sich überdies eine hochgradige Koprostase. Das Körpergewicht der Patientin bei der Aufnahme in die Privatklinik betrug 87,3 Pfund. Die eingeleitete Oelbehandlung hatte ausgezeichnete Ergebnisse. Dieselbe dauerte vom 28./12. 1899 bis zum 26./1. 1900. Das Körpergewicht war in dieser Zeit auf 90,4 Pfund gestiegen. Während der Oelbehandlung sind die sogen. „Magenkrämpfe“ nicht mehr wiedergekehrt. Ich habe Gelegenheit gehabt, die Patientin hier von Zeit zu Zeit zu sehen. Dieselbe hat sich bei gleichzeitiger entsprechend fortgesetzter Evakuation des Darmes weiter erholt. Am 26./8. 1900 entdeckte ich eine rechtsseitige, sehr bewegliche Wanderniere. Dieselbe machte keine erkennbaren Beschwerden. Verordnung einer geeigneten Bandage. Am 23./7. 1901 wog die Patientin 102 Pfund, sie hat jetzt völlig spontan Stuhl. Befinden in jeder Beziehung sehr gut.

Fall XVII. 19jähriges Fräulein kommt mit der Diagnose: Chronische Nephritis und Hypertrophie des Herzens zu mir. Die letztere konnte ich nicht nachweisen. Die Albuminurie u. s. w. gingen nach der Beseitigung einer bei der Untersuchung des Bauchs leicht konstatablen Koprostase zurück (vergl. oben S. 86).

Fräulein Anna Marie W., 19 Jahre alt, aus D. kam am 13./6. 1900 in meine Behandlung. Ihr Arzt teilte mir mit, dass er die Diagnose auf chronische Nephritis und Hypertrophie des Herzens gestellt habe. Es bestanden bei der mässig genährten, 113,8 Pfund wiegenden Patientin Anschwellungen der Füsse, überaus quälende Herzpalpitationen ohne Vergrösserung der Herzresistenz, eine mässige Eiweiss-trübung des Harns, Cylindrurie wurde hier nicht gefunden. Der behandelnde Arzt hatte Cylinder zwar in geringer Zahl, aber darunter auch einige mit Fettkörnchen besetzte gefunden. Ausserdem wurde bei der Palpation des Bauches eine starke Koprostase konstatiert. Nach der Beseitigung

derselben während des Gebrauchs von grossen Oelklysmen und Salzwasserklysmen in der oben angegebenen Weise schwanden die Oedeme, die Albuminurie sowie die anderen früher dagewesenen Symptome, unter denen noch die häufig bei der Kranken aufgetretenen quälenden Kopfschmerzen erwähnt sein mögen. Als die Patientin am 26./7. die Privatklinik verliess, hatte sie vier Pfund an Körpergewicht zugenommen. Die Koprostase war nahezu beseitigt. Es wurde verordnet, dass die Klysmen noch 5—6 Wochen zu Hause fortgesetzt werden sollten. Die Verdauung hat sich danach auch vollständig geordnet und das Befinden ist seitdem ein vollkommen gutes geblieben.

Fall XVIII. Die 43jährige Patientin klagt über eigenartige Schmerzen in den Muskeln, für die als materielles Substrat die akut auftretenden Anschwellungen in den betreffenden Muskelpartien angenommen werden. Nach Beseitigung der Koprostase, die sich bei der objektiven Untersuchung des Unterleibs ergibt, werden die Erscheinungen in den Muskeln rückgängig (cf. oben S. 90).

Frau Martha G. aus B., 43 Jahre alt, konsultierte mich am 2./5. 1901. Die gegenwärtige Krankheit begann 1887/88 angeblich zuerst mit Kältegefühl im Nacken und in den Schultern. Im Laufe der Zeit traten überdies, wie jetzt noch, gelegentlich in den Muskeln knoten- oder strangförmige, kastanien- bis hühnereigrosse Anschwellungen auf, als „Knubben“ von der Patientin und ihrem Gatten bezeichnet, welche besonders in der Kälte und in feuchter Luft entstehen sollen. Ich habe diese Bildungen aber auch bereits bei der ersten Konsultation in meinem weder feuchten noch kalten Zimmer gefühlt und zwar im Cucullaris und in der Muskulatur des Oberschenkels. Die Patientin hatte sich deswegen zwei- bis dreimal wöchentlich bis 2½ Stunden lang ohne Unterbrechung massieren lassen. Durch das

Massieren sollen die „Knubben“ immer beseitigt worden sein. Ich habe dann bei der weiteren Beobachtung diese ganz akut auftretenden Anschwellungen in der Muskulatur häufig fühlen können. Die objektive Untersuchung der Brustorgane ergab nichts Abnormes; die des Bauches konstatierte etwas Hängebauch — Patientin hat vor 22 Jahren einmal geboren —, der sich im allgemeinen sehr schlaff anfühlte, aber an einzelnen Stellen, besonders entsprechend der linken Bauchhälfte, fühlte man eine Reihe von Knoten und Strängen im Bereiche des Dickdarmes. Ich riet der Patientin eine Oelbehandlung. Gleich beim Beginne dieser Oelbehandlung zeigte sich, dass der Darm weit mehr Kot enthielt als bei der ersten Untersuchung erwartet worden war. Die Wirkung der Oelklysmen war eine sehr gute und ebenmässig mit dieser liessen die Bildung dieser Muskelknoten, bezw. die Bildung der umschriebenen Härten in den Muskeln und die dieselben stets begleitenden Muskelschmerzen und Missgefühle in den Gliedmassen nach. Das Kältegefühl in den Extremitäten ist gleichfalls allmählich ganz geschwunden. Die Kranke hat hier längere Spaziergänge ohne jede Beschwerde machen können. Früher nötigten die beim Gehen sofort auftretenden Schmerzen und Muskelspannungen die Patientin alle paar Schritte stehen zu bleiben. Die Kranke ist hier ohne jede Unterbrechung eine Stunde und mehr, ohne jede Beschwerde und ohne Ermüdung gegangen. Das Körpergewicht — bei der Aufnahme 117 Pfund — schwankte hier zwischen 117—118 Pfund. Bei der Entlassung war die Evakuation des Darmes nahezu vollendet. Ich riet, die Oelbehandlung noch etwas fortzusetzen. Eine bestimmte Aetiologie des Zustandes liess sich nicht ermitteln. Jedenfalls ist das gleichzeitige Verschwinden der Muskelerscheinungen und der Koprostase unter dem Einfluss der Oelbehandlung von praktischem Interesse. Am 24. Juli 1901 erhielt ich die Nachricht, dass der Stuhl spontan erfolge, und dass es der Patientin in jeder Beziehung sehr gut gehe.

Fall XIX. 34jähriger Patient, welcher an hartnäckiger, überaus quälender Stuhlverstopfung leidet, findet nach sehr mannigfachen Kurversuchen durch eine einfache Oelbehandlung Heilung nicht nur der intensiven Koprostase, sondern auch der hochgradigen magendyspeptischen Symptome (vergleiche oben S. 127).

Herr Fabrikdirektor X. konsultierte mich zum erstenmal seiner chronischen Constipation wegen am 1. Juli 1899.

Patient war damals 34 Jahre alt. Verschiedene Umstände hinderten ihn, sich sofort einer ausgiebigen geordneten klinischen Behandlung zu unterziehen. Es gelang indes, ihm durch unvollständigere Massnahmen soweit vorübergehende Erleichterung zu verschaffen, dass der sehr energische und widerstandsfähige Mann in seinem ausgedehnten und verantwortungsvollen Berufe verbleiben konnte. Als diese Behandlung im Hause des Patienten aber nicht nur zu keinem befriedigenden Ergebnis führte, sondern der Zustand sich stetig verschlimmerte, entschloss sich der Patient, sich am 11. Januar 1901 in die hiesige Privatklinik aufnehmen zu lassen. Ueber seine Vorgeschichte hat der sehr intelligente Kranke folgende Aufzeichnung gemacht. Ich lasse ihn selbst reden. Der Bericht lautet: „Seit mehr als 20 Jahren leide ich an Stuhlverstopfung und damit verbundenen Blähungen. Die Verstopfung ist so stark, dass ich Stuhlgang nur unter Anwendung künstlicher Mittel herbeiführe. Unterbleibt dies, dann ist ein Stuhlbedürfnis in vier bis fünf Tagen überhaupt nicht vorhanden. Der Kot ist stets vollständig hart und mit Schleim versetzt. Die Blähungen treten ganz unvermittelt auf, gleichgültig, ob ich etwas genossen habe oder nicht. Dieselben haben auch in den letzten Jahren an Schmerzhaftigkeit zugenommen. Während der Appetit in früheren Jahren noch einigermaßen war, hat derselbe in den letzten Jahren sehr nachgelassen und habe ich insbesondere in den verflossenen Wochen nichts genossen als morgens eine Tasse Haferschleim. Gegen das Leiden selbst

habe ich seit etwa 15 Jahren alles Erdenkliche versucht.“ Ich unterlasse die Aufzeichnungen des Kranken über die Ergebnisse der einzelnen Kurversuche hier anzuführen. Nur eine sechswöchentliche Kur in einer bekannten und vielbesuchten Naturheilanstalt sei erwähnt. Die Diagnose wurde auf Neurasthenie gestellt. Bei dem Gebrauch der vegetarischen Kost, von Sitz- und Luftbädern neben täglicher Bauchmassage verschlechterte sich das Befinden des Kranken. Bei seiner Aufnahme in die Privatklinik, in der er bis zum 24. Februar verweilte, befand sich der Kranke in einem sehr schlechten Zustande. Er litt an vollständiger Anorexie und hatte seit vier Tagen ausser einem Teller Mehlsuppe am Morgen absolut nichts gegessen. Die Magenstörungen hatten sich seit ca. 14 Tagen stetig verschlimmert. Zeitweise war saures Aufstossen vorhanden, Uebelkeit und Erbrechen fehlten. Der Patient hatte mit den ihm von mir empfohlenen Mitteln (Klysmen) Stuhl zu erzielen versucht, und es sollen reichliche Kotmassen mit viel beigemischtem Schleim abgegangen sein. Der Bauch war auch diesmal, wie bei früher von mir vorgenommenen Untersuchungen weich, jedoch wurde in der linken Bauchhälfte eine grosse Menge harter Stränge gefühlt. Gelegentlich traten sehr heftige Kolikanfälle auf, wobei der Kranke sich krümmte „wie ein Wurm“. Dieselben setzten manchmal ganz plötzlich ein. Auch wenn keine derartigen Anfälle bestanden, konnte der Kranke doch nicht schlafen, in der letzten Zeit hat er kaum eine halbe Stunde Schlaf gefunden. Vollkommen manhaftes, von allen hypochondrischen Stimmungen freies Verhalten. Auf die Art der Behandlung des Kranken in der Privatklinik soll hier nicht weiter eingegangen werden. Dieselbe regelte sich nach den oben angegebenen Grundsätzen. Als Ergebnis der Behandlung hat der Patient folgendes mitgeteilt: „Die sehr heftigen Schmerzen blieben kurze Zeit nach Beginn der Behandlung ganz fort. Die Schlaflosigkeit besserte sich in den ersten Tagen, zuletzt war der Schlaf gut. Der anfänglich starke unüberwindliche Widerwille gegen Fleisch hatte bei der Entlassung fast völlig auf-

gehört, indem er nur manchmal in geringem Grade wiederkehrte.“ Eine bei der Aufnahme in die Klinik vorhanden gewesene geringe Eiweissopalescenz bei der Ferrocyankaliumessigsäureprobe hat sich bald nach der Einleitung der Behandlung verloren. Bei der Aufnahme wog der Patient 140,8 Pfund, bei der Entlassung 145 Pfund. Die seither mir zugegangenen Mitteilungen seitens des Patienten, der die Anstalt leider vor dem völligen Abschluss der Kur verlassen musste, bestätigen, dass es dem Kranken gut geht und dass die Besserung noch weitere Fortschritte macht. Ein Ausgangspunkt für die Entstehung der Constipation hat sich in diesem Falle nicht ermitteln lassen.

Fall XX. 54jähriger Patient. Schwere dyspeptische Symptome (häufiges Erbrechen u. s. w.) und hartnäckige Koprostase. Gleichzeitige Anwendung von Magenausspülungen und grossen Oelklysmen (cf. oben S. 184).

S. R., Kaufmann aus G., 54 Jahre alt, wurde am 16. Juli 1899 in die medizinische Klinik aufgenommen. Er hatte mich zuerst im Februar 1884 in meiner Sprechstunde konsultiert. Er klagte dabei über chronische Stuhlverstopfung, die schon damals seit 20 Jahren bestanden haben soll. Die Beobachtung einer geeigneten Diät und die Applikation von Klysmen mit 0,7%iger Kochsalzlösung beseitigten diesen Zustand. Im Jahre 1893 traten Magenerscheinungen (Erbrechen, Aufstossen und Appetitlosigkeit) auf. Der Kranke ist ein sehr starker Esser. Es bestand gleichzeitig eine hochgradige Koprostase. Alle diese dyspeptischen Beschwerden schwanden nach Entleerung des Darms mittels Oelklysmen binnen kurzer Zeit. Dieselben Zustände wiederholten sich aber in den nächsten Jahren noch öfters. Sie traten im Mai 1899 wieder heftiger auf, und besonders quälte den Patienten häufiges Erbrechen und führten zur Aufnahme in die Privatklinik, in welcher er vom 31. 5. 1899 bis 24. 6. 1899 mit täglichen Oeleinläufen und einer geeigneten Diät behandelt wurde. Das Er-

brechen und die sonstigen dyspeptischen Symptome schwanden bald; beides kehrte aber ziemlich früh nach seiner Entlassung aus der Privatklinik wieder und veranlasste am 16. Juli 1899 seine Aufnahme in die medizinische Klinik.

Dieses ständige Erbrechen liess daran denken, dass es sich um einen malignen Prozess handeln könne, zumal überdies zu den gastrischen Symptomen ein leichter Icterus hinzu gekommen war. In dem Erbrochenen, welches stark sauer reagierte, liess sich viel Salzsäure nachweisen. Neben täglichen Oel-einläufen wurde der Magen, welcher bei der Aufblähung mit Kohlensäure sich als nicht dilatiert erwies, ausgespült. Der therapeutische Erfolg dieser Massnahmen war ein guter, denn nach der Entleerung des Darmes, aus dem viel harte Kotballen herausbefördert wurden und der täglichen Entlastung des Magens von den in demselben stagnierenden Massen, wurde der Stuhlgang geregelt, hörte das Erbrechen auf und konnte der Patient schon am 5./8. 1899 bei gutem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen werden. Bei diesem Kranken wurden beim Gebrauch der Oelklysmen mit den Kotmassen sehr reichliche Quantitäten seifenartiger Substanz in Plattenform herausbefördert. Nachdem nun weitere zwei Jahre vergangen sind, darf der Gedanke, dass es sich bei unserem Kranken um eine maligne Neubildung handelt, wohl als ausgeschlossen angesehen werden. Nach den mir zugegangenen Nachrichten befindet sich der Patient sehr gut, kann aber, da er sich in diätetischer Beziehung absolut nicht zu zügeln imstande ist, und er die Evakuation des Darms niemals gehörig zu Ende führt, des Gebrauchs der Magenpumpe und der Oelklysmen sich nicht völlig entschlagen.

Fall XXI. 46jähriger Mann, an chronischem Herzfehler (Vitium valvul.) leidend, wird, nachdem eine intensive Koprostase beseitigt ist, von den das Herzleiden komplizierenden Herzbeschwerden (Angina pectoris u. s. w.) befreit (vgl. oben S. 189).

Ich kenne den Patienten Herrn N. aus S. seit dem 15./1. 1881, wo er, damals 26 Jahre alt, mich zuerst hier konsultierte. Er gab an, dass er bereits viermal, zuletzt vor 14 Tagen Anfälle von Blinddarmentzündung gehabt habe. Ich konnte von einem Exsudat in der rechten Hüftbeingrube nichts finden, sondern konstatierte lediglich eine Koprostase und gab entsprechende Vorschriften. Im Mai 1891 und im April 1893 konsultierte mich der Kranke wegen Schlaganfällen, die er in diesen beiden Jahren kurz vorher überstanden hatte. Die Lähmung betraf beidemale die rechte Körperhälfte mit Beteiligung des rechten Mundfacialis und war bei der ersten Attacke mit motorischer Aphasie vergesellschaftet. Beidemale haben sich die Lähmungserscheinungen in kurzer Zeit ausgezeichnet zurückgebildet. Auch die Aphasie war schnell rückgängig geworden. Patient litt beidemale an Stuhlverstopfung. Am 2./10. 1900 konsultierte mich der Kranke wieder auf den Rat seines Hausarztes, welcher als Grund gewisser Herzbeschwerden einen Klappenfehler entdeckt hatte. Ich konnte diesen Befund lediglich bestätigen. Es handelte sich meines Erachtens um einen Fehler der Bicuspidalklappe und der Aortenklappen. Die Anfälle traten nie in der Ruhe auf, sondern nur bei Bewegungen. Zuerst seltener, kamen sie jetzt täglich bei Bewegungen, wenn der Kranke zu Bett ging u. s. w., und traten besonders aber beim Gehen auf der Strasse auf. Die Anfälle dauerten meist 5—6 Minuten bis $\frac{1}{4}$ Stunde. Der Schmerz trat zuerst im linken Arm auf und strahlte bis in die Fingerspitzen aus, dazu gesellten sich Beklemmungen, welche den Kranken zwangen, so lange stehen zu bleiben, bis die Schmerzen aufgehört hatten. Ich fand ausserdem eine sehr ausgedehnte Koprostase und Hochstand des Zwerchfells. Ich empfahl eine Oelbehandlung, welche der Kranke vom 5./10. bis 1./11. 1900 hier ausführte, an diesem Tage aber abbrach, weil sein Befinden ein sehr gutes war und er wünschte, die Behandlung in seinem Hause weiter fortzusetzen. Thatsächlich war der Erfolg ein vortrefflicher, nicht nur betreffs der Eva-

kuation des Bauches, sondern auch betreffs der Anfälle. Patient konnte eine Stunde lang ohne die geringsten Beschwerden gehen. Die Besserung hielt aber nicht an. Am 7./1. 1901 stellte sich der Patient mit den früheren, aber nicht so hochgradigen Herzbeschwerden wieder ein. Da ich den Bauch noch sehr voll und einen nicht unerheblichen Hochstand des Zwerchfells fand, riet ich zu einer Wiederaufnahme der Oelbehandlung in der früheren erfolgreich gewesenen Weise, welche bis zum 31./1. 1901 hier fortgesetzt wurde. Als „Schiebemittel“ wurden mehrfach teils 0,1—0,2 Calomel, teils zwei Ricinipillen Boudard gebraucht. Dabei besserten sich 1. der Stuhlgang sehr, 2. das Herzklopfen, 3. das Schmerzgefühl im linken Arm beim Gehen, denn während der Kranke anfangs nur wenig und sehr langsam gehen konnte, war er doch schliesslich imstande, nicht nur 3—4 Stunden zu gehen, sondern auch zu steigen. Das hochgedrängte Zwerchfell erreichte wieder seinen normalen Stand. Der Herzfehler, für den sich übrigens kein ätiologisches Moment auffinden liess, blieb natürlich von der Besserung ausgeschlossen. Bei der Entlassung war der Bauch viel leerer und weicher. Jedoch war die Evakuation des Darmes noch keineswegs eine solche, wie ich im Interesse der Dauerhaftigkeit der Besserung gewünscht hätte.

Fall XXII. 52jähriger Arzt. Chronischer Herzklappenfehler. Die dabei auftretende, den Kranken überaus quälende arhythmische Herzthätigkeit schwindet nach Beseitigung einer hochgradigen Koprostase (vgl. oben S. 189).

Ich sah Herrn Dr. med. B., Arzt in H., damals 45 Jahre alt, als Patienten zuerst in seiner Heimat am 2./11. 1893. Er befand sich wegen eines linksseitigen Pleuraexsudates in einem Zustande hochgradigster Dyspnoe. Ein zweifelsohne viel älterer Herzklappenfehler, welcher aber erst drei Jahre vorher diagnostiziert worden war, komplizierte das Pleuraexsudat in einer höchst bedenklichen Weise. Es handelte

sich um eine Insufficienz der Aortenklappen und einen gleichen Fehler der zweizipfligen Klappe. Ich machte sofort die Punction. Es ergab sich ein serös fibrinöses Exsudat von nur mässiger Ausdehnung, welches aber genügt hatte, den bis dahin wohl kompensierten Klappenfehler in kurzer Zeit zu einem nicht mehr kompensierten zu machen. Die Punction hatte ein geradezu glänzendes Ergebnis. Gleich nachher stellte sich vollständige Euphorie des Patienten ein und nach kurzer Zeit konnte Herr Dr. B. seine umfangreiche ärztliche Praxis wieder aufnehmen. Am 13. Juni 1895 erlitt Dr. B. gelegentlich eines schweren Unfalls eine heftige, besonders die linke Seite betreffende Thoraxquetschung. Die dadurch bedingte Schädigung des Thoraxinhalts machte den Kranken völlig invalide. Er wurde körperlich vollkommen unfähig, seine ärztliche Thätigkeit weiter zu besorgen. Indes konnte er in der Ruhe ohne nennenswerte Beschwerden leben. Der Aufenthalt im Süden während der rauhen Jahreszeit und sorgsame Pflege erhielten den Patienten. Die gelegentlich sich einstellenden Herzpalpitationen ertrug derselbe mit der gleichen Geduld, wie die öfter auftretenden Anfälle von kardialem Asthma u. s. w. Nur die sich bereits im Laufe des Jahres 1899 bemerkbar machenden und danach sich immer mehr steigenden Störungen in der Schlagfolge des Herzens wurden dem Kranken unerträglich und er erbat, so oft er mich hier aufsuchte, auf das dringendste Abhilfe. Ich hatte, gestützt auf eine Reihe von Erfahrungen, den Patienten wiederholt auf die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges seiner Herzarhythmie mit einer bei der Untersuchung des Baues leicht zu konstatierenden hochgradigen, zweifellos chronischen Koprostate aufmerksam gemacht. Als dem Patienten der Aufenthalt in Südtirol im Winter 1899/1900 wegen dieses so qualvollen Symptomes nicht gut bekam, und der Zustand immer unerträglicher wurde, auch alle übrigen von dem Patienten versuchten mannigfachen Mittel versagten, entschloss er sich meinem Rate zu folgen und grosse Oelklysmen zu gebrauchen. Ich habe mir am 13./12. 1900 folgendes über

den Erfolg dieser Behandlung gelegentlich einer Konsultation des Herrn Dr. B. in meinem Hause notiert: „Von Mitte Mai bis Anfang September 1900 (14 Wochen) geübt. Ist bereits seit $4\frac{1}{2}$ Monat von der Arrhythmie gänzlich befreit, dieselbe hat sich ebenmässig mit der fortschreitenden Evakuation des Bauches verloren, welche übrigens noch keineswegs gänzlich beendet ist.“ Der Aufenthalt in Südtirol während des Winters 1900/01 ist dem Kranken wieder gut bekommen. Die Arrhythmie hat sich in der seitherigen Weise nicht wieder eingestellt. Als ich den Patienten im Sommer 1901 hier wieder untersuchte, liessen sich nur gelegentliche Herzintermittenzen konstatieren. Der Bauch war noch nicht ganz frei. Der definitiven Beseitigung der Kotreste aus dem Darm wird aber auch weiterhin die erforderliche Aufmerksamkeit zuzuwenden sein.

Fall XXIII. 42jährige Frau. Chronischer Herzklappenfehler. Die heftigen dabei vorhandenen subjektiven Beschwerden hören nach Beseitigung einer chronischen Koprostase auf (vergl. oben Seite 189).

Frau Forstmeister 1 aus X., 42 Jahre alt, konsultierte mich am 7. April 1899. Von der Wiedergabe der sehr komplizierten Anamnese absehend, sei hier nur bemerkt, dass die Patientin an einer Stenose des Ost. venos. sin. und an einer Insuffic. der Valvul. bicuspid. leidet. Sie klagt überdies über hartnäckige Constipation. Schon vor ihrer vor 14 Jahren erfolgten Verheiratung neigte sie zu starker Koprostase. Nach der Verheiratung nahmen die Verdauungsbeschwerden eher zu als ab. Nur wenige Jahre soll die Verdauung geregelt gewesen sein. Ohne Abführmittel (Kurella sches Brustpulver) erfolgt jetzt überhaupt kein Stuhl. Ausserdem hat die Kranke ziemlich grosse Hämorrhoidalknoten, die gelegentlich auch zu Blutungen Veranlassung geben. Auf eine Klysmenbehandlung wollte sich die Patientin nicht einlassen. Es wurde ein Pulver, bestehend aus Flores sulfur. und Sacchar. lactis $\hat{a}\hat{a}$ neben diätetischen Massnahmen ver-

ordnet. Patientin leidet ausserdem an Cholelithiasis. Infolge der häufigen schweren Leberkoliken ist das Körpergewicht der grossen, stattlich aussehenden Frau von 182 auf 162 Pfund gesunken. Die Leberkoliken schweigen jetzt. Abgesehen von der Stuhlverstopfung quälen die Kranke besonders die bereits seit ca. 3 Jahren bestehenden Herzbeschwerden, unter ihnen besonders ein ununterbrochenes furchtbares Herzklopfen. Als die Beschwerden sich bei der angegebenen Behandlung nun durchaus nicht besserten, kam die Patientin am 13. Juni 1899 in die hiesige Privatklinik. Die hier sofort eingeleitete Klysmenbehandlung in der oben geschilderten Weise bewirkte nicht nur eine rasche Besserung der hochgradigen Koprostase, sondern ebenmässig liess auch das die Patientin besonders quälende hartnäckige Herzklopfen erheblich nach. Am 30. Oktober desselben Jahres kam die Patientin wieder. Einen Monat vorher war ein Schmerzanfall in der Lebergegend, diesmal ohne Gelbsucht, aufgetreten, sonst fühlte sich die Kranke wesentlich erleichtert. Das Herzklopfen war auch jetzt viel geringer. Es bestand diesmal zwar eine geringe Eiweisstrübung des Harns, welche indes später verschwand. Der Stuhlgang trat freilich ohne Oelklysmen noch nicht spontan ein. Der Bauch war nicht genügend evakuiert. Die Patientin verweilte diesmal nur bis zum 6. November in der Privatklinik. Auch diese kurze Zeit brachte weitere Fortschritte. Wie bei der ersten Entlassung wurde der Kranken auch diesmal geraten, die Klysmenbehandlung zu Hause fortzusetzen und ausserdem Kugelmassage empfohlen. Es wurde dabei betont, dass die Oelklysmen nicht, wie sie es das erstemal gethan, in der Nacht 1 Uhr zu applizieren seien, wodurch die Nachtruhe natürlich sehr gestört worden war. Ob die sehr resolute Frau diesen Vorschriften nachgekommen ist, weiss ich nicht. Nur soviel hat sie mir am 6. März 1900 brieflich mitgeteilt, dass „das letzte Oelen ihr sehr gut bekommen sei, so dass ihre Verdauung jetzt in bester Ordnung sich befindet. Das Herzklopfen ist verschwunden“. Auf das Vitium valvularum hatte die Oelbehandlung natürlich keinen Einfluss.

X. Ueber die physiologischen Wirkungen der bei der Behandlung der Koprostase im VIII. Kapitel empfohlenen Klysmen.

Es handelt sich hier zunächst um die Oelklysmen. Ueber die physiologische Wirkung derselben ist von Fleiner (l. c.) ein grosses und lehrreiches Material beigebracht worden. Fleiner schreibt bei den Oelklystieren der Schwere des Oels und dem durch geeignete Lagerung der Patienten erzielten negativen Druck im Dickdarm eine grosse Bedeutung bei. Dieser negative Druck in den Beckenorganen, welcher aspirierend wirkt, werde erzielt erstens, wenn sich der Kranke in der Rückenlage mit möglichst hochgelagertem Becken befindet, und zweitens, wenn der Kranke in der Knieellenbogenlage liegt. Von der letzteren Lage der Kranken wird wohl bei der Applikation von Klystieren im allgemeinen wenig Gebrauch gemacht, dagegen gilt die Hochlagerung des Beckens der Patienten bei den Eingiessungen ins Rektum immer noch als eine Art Dogma. Auch ich habe lange Zeit unter dem Einflusse dieser Lehre gestanden, bin aber je länger je mehr davon zurückgekommen, und zwar einfach aus dem Grunde, weil in dieser Lage, die doch immerhin eine Zwangslage ist, die Patienten das Oel trotz alledem nicht so gut festhielten, wie in der gewöhnlichen Rücken- und in einer der beiden Seitenlagen. Ich stelle indes keineswegs in Abrede, dass die Schwere des Oeles und der bei gewissen Körperlagen erzielte negative Druck im Dickdarm sehr wohl vermögen, das Oel durch die ganze Länge des Dickdarms in die Höhe steigen zu lassen. Ich behaupte nur,

und zwar auf eine sehr grosse Reihe von Erfahrungen gestützt, dass dies auch ohne eine nennenswerte Inanspruchnahme dieser Faktoren sehr wohl möglich ist. Ich habe nämlich auch den Einfluss der Schwere des Oels möglichst wenig in Anspruch genommen, um thunlichst die durch diese Massnahmen herbeigeführte Reizwirkung auf das mindeste Mass zu beschränken. Ich kann ferner nicht sagen, dass die Erfolge der Oelklysmen bei der jetzt von mir geübten Methode um ein Haar geringer gewesen sind als bei irgend einer anderen. Ich habe nämlich alles in dieser Beziehung ausprobiert, um am Ende bei der Methode beharren zu können, welche, unbeschadet ihrer Leistungen, den Patienten die möglichst geringen Unbequemlichkeiten auferlegt. Dies ist schon deswegen wichtig, um den Widerwillen vieler Kranken gegen solche Prozeduren thunlichst zu überwinden. Ich kann auch, wie schon bemerkt, nicht sagen, dass die Patienten bei flacher Beckenlage das Oel weniger gut festhielten, als bei erhöhter. Wofern die Kranken schon vor Beginn der Oelbehandlung auf das, worauf es ankommt, aufmerksam gemacht wurden, werden alle die Misslichkeiten vermieden, welche aus dem unwillkürlichen Oelabgange entstehen (cf. oben S. 156). Es werden also andere Kräfte noch vorhanden sein müssen, welche, abgesehen von der Schwere des Oels und dem negativen Druck im Dickdarm imstande sind, das in den Mastdarm eingegossene Oel in dem Dickdarm aufwärts zu befördern. Fleiner leugnet antiperistaltische Bewegungen des Dickdarms. Die von Fleiner dafür beigebrachten Gründe vermag ich nicht recht anzuerkennen. Erstens stimmt die Behauptung Fleiners, dass das in den Dickdarm eingegossene Oel bei der Einhaltung aller dabei zu verlangenden Cautelen in der Regel nicht die gewünschte Peristaltik hervorrufe, durchaus nicht mit meinen Beobachtungen, und zweitens würde zutreffendenfalls diese von Fleiner vertretene Behauptung keinesfalls das beweisen, was sie beweisen soll. Ich brauche das nicht weitläufig zu begründen, und zwar schon deshalb nicht, weil der Annahme Fleiners

direkte Versuche entgegenstehen. Ich stehe in dieser Frage auf dem Standpunkte Paul Grützners, welcher sich in dieser Beziehung folgendermassen ausspricht¹⁾: „ . . . und wenn auch schliesslich alle Versuche der Welt betreffs des Transportes kleiner Körperchen bis in den Magen negativ ausfielen (vergl. oben Seite 153 u. 168), so widerlegten sie doch nicht die Thatsache, dass durch den ganzen Darm hindurch neben den rechtläufigen Bewegungen von Flüssigkeitsmassen von kleinen Partikelchen auch entgegengesetzt gerichtete rückläufige Bewegungen statthaben, die ich aber nicht antiperistaltische zu nennen bitte, damit die hoffentlich jetzt glücklich beseitigten Missverständnisse nicht wieder von neuem auftauchen.“ Es dürfte meines Erachtens nach den vielen von sorgsamem Forschern angestellten Untersuchungen kein Zweifel darüber obwalten, dass die Bewegungen des Darmes keineswegs einseitig peristaltische, d. h. nach abwärts, dem Anus zustrebende sind, sondern dass ausserdem auch noch andere Bewegungen des Darminhalts zu berücksichtigen sind, wobei es sich, wie mir mein Freund Grützner schreibt²⁾, nach seiner Meinung wesentlich um „das Hin- und Herbewegen desselben“ handelt.

Abgesehen von diesen, also auch eine Rückwärtsbewegung des Darminhalts — d. h. also auch der Klysmatflüssigkeit, zunächst demnach des in das Rektum eingegossenen Oels — einschliessenden Darmbewegungen sind es noch andere Kräfte, welche bei der Ausbreitung des Oels im Darm eine erhebliche Rolle spielen. Die Anhaltspunkte hierfür

¹⁾ P. Grützner, Bemerkungen über die Bewegungen des Darminhalts S.-A. a. d. Deutsch. med. Wochenschr. 1899 No. 15; vergl. ausserdem die früheren Arbeiten desselben Verfassers: „Ueber die Bewegungen des Darminhalts“ in Pflügers Archiv Bd. 71 — 1898 — und „Zur Physiologie der Darmbewegung“, Deutsch. med. Wochenschr. 1894 No. 48. In diesen Arbeiten findet der Leser die einschlägigen Litteraturangaben.

²⁾ Briefliche Mitteilungen von Grützner an mich vom 14. Juli 1901.

liefern die von J. Gad und später von G. Quincke) angestellten Untersuchungen über das Verhalten von Oeltropfen in alkalischen Flüssigkeiten. Bekanntlich verbinden sich bei der Berührung von freien Fett- resp. Oelsäuren mit Alkalien beide zu löslichen Seifen. Ranzige Fette und Oele enthalten zwischen den reinen Fett- und Oelmolekülen auch Moleküle von freien Fett- und Oelsäuren, welche also bei Anwesenheit von Alkalien zur Seifenbildung Veranlassung geben werden. Wenn man nämlich einen ranzigen Fetttropfen in eine schwach alkalische Flüssigkeit bringt, so tritt an der Berührungsfläche beider eine fortwährende Seifenbildung ein. Es wird nun dadurch die Oberflächenspannung, d. h. die Cohäsionsenergie, mit der sich bei einem freischwebend gedachten Tropfen die einzelnen Teilchen unter einander anziehen, verändert. Auf dieser Oberflächenspannung beruht auch die Eigenschaft der Fette, sich auf wässrigen Flüssigkeiten weithin auszubreiten. In den physikalischen und chemischen Eigenschaften des Oels liegt auch ein gut Teil der Erklärung dafür, warum das in den Darm eingegossene Oel sich allseitig nach verschiedenen Richtungen ausdehnt. Durch die Abstufung der Alkalescenz des Mediums, in dem sich der Oeltropfen befindet und des Gehalts desselben an freien Säuren kann man die mannigfachsten Ausbreitungen des Oeltropfens erzeugen. Zu solchen Abstufungen der chemischen Verhältnisse ist übrigens im Darne ausgiebige Gelegenheit gegeben. Das in den Dickdarm eingegossene Oel wird schon hier — wobei wohl die Fäulnisorganismen mitwirken — schnell ranzig, wovon wir uns durch unseren Geruchssinn an dem vorzeitig aus dem Darm gelegentlich abgehenden Oele genügend überzeugen können. Das Ranzigwerden bedeutet nichts anderes, als das Abgespaltenwerden von freien, durch den Geruch schon erkennbaren Fettsäuren. Diese Fettsäuren haben eine sehr

¹⁾ cf. M. Verworn. Allgemeine Physiologie. 4. Aufl. Jena. 1901. S. 554, 592 und 594. Hier finden sich auch die erforderlichen Litteraturangaben.

grosse Bedeutung bei der Wirkung der Oelklysmen. Bevor wir aber auf die hierbei in Frage kommenden chemischen Verhältnisse näher eingehen, muss noch einiger bei den Oelklystieren in Betracht zu ziehender physikalischen Verhältnisse gedacht werden. Es kann nicht daran gezweifelt werden, dass infolge der Oelklysmen die in dem Dickdarm vorhandenen harten Kotmassen schneller oder langsamer aufgelockert und bezw. gelöst werden. Dass sich dies so verhält, ersehen wir einmal aus den früher oder später bei der Palpation des Bauches an den Stellen auftretenden quatschenden Geräuschen, wo bis dahin Kotknoten und Kotknollen gefühlt worden waren. Man darf dies ferner aus der Art der Abgänge, die oft in der Form harter, bröcklicher Kotfragmente entleert werden, schliessen. Dass bei dieser Parzellierung der harten Kotmassen die Muskelkraft des Darms und das Hin- und Herbewegtwerden seines Inhalts einen wesentlichen Anteil hat, möchte nicht zu bezweifeln sein. Unbeschadet der Zerbröckelung eines grossen Theils der Kotmassen, beobachtet man nicht selten, dass auch feste unzerkleinerte Kotmassen theils nur bis in die untersten Rectumpartien, aus welchen sie künstlich (s. o. S. 146) entfernt werden müssen, theils aber auch bei mässiger Grösse direkt nach aussen durch den Anus entleert werden. Ich glaube, soviel als sicher annehmen zu dürfen, dass nach Applikation der Oelklysmen weitaus der grösste Teil des Dickdarminhalts in verkleinerter oder gelöster Form nach aussen gelangt. Das Oel lockert, in die Knoten eindringend, die Kotmassen, wobei es — um dies hier gleich zu erwähnen — gleichzeitig auch die Lösung der Gallenharze, des Cholestearins und der Fette der Nahrung besorgt. Würden häufiger, als dies geschieht, grössere Kotknoten unzerkleinert den Mastdarm erreichen und passieren, so würden noch öfter ausserordentlich peinliche Zustände für die Patienten entstehen. Manchmal sind die Kotknoten sehr resistent. Ich habe neulich erst eine Reihe haselnussgrosser, glatter, schwarzer und sehr harter Kotknollen bei einer jungen, an einer furchtbaren Koprostase

leidenden Dame, welche bereits fünf Monate vorher mit den grossen Oelklysmen und zwar mit gutem Erfolge begonnen hatte und die sie gelegentlich immer noch anwendete, unter heftigen Schmerzen abgehen sehen.

Wenn man nun die bei den Oelklysmen sich vollziehenden Erscheinungen in chemischer Beziehung etwas genauer ins Auge fasst, so ergeben sich in dieser Hinsicht ganz interessante Verhältnisse. Ich habe meinen Assistenten Herrn Dr. J. Hagenberg beauftragt, den Gehalt des nach Applikation von Oelklysmen den Stuhlgängen beigemischten Oels an Säure zu untersuchen und denselben mit dem Säuregehalt des frischen Oels zu vergleichen, sowie gleichzeitig festzustellen, ob und welche Beziehungen zwischen den Stuhlgängen und dem Säuregehalt des ihnen beigemischten Oels bestehen.

Die Bestimmung des Säuregehalts des Oels geschah nach folgender Methode: 5 cem des Oeles wurden in der vierfachen Menge Aether gelöst, mit absolutem Alkohol verdünnt und darauf unter Anwendung von Phenolphthalein mit $\frac{1}{10}$ Normalkalilauge titriert. Ich lasse jetzt drei dieser Versuchsprotokolle hier in Tabellenform folgen.

I. Elisabeth Hasse. 36 J. Dienstmädchen.

1901	Säuregehalt des Oeles vor dem Einlauf. auf 5 cem.	Säuregehalt d. Oeles nach d. Defécation	Reaktion des aus dem Darm abgesonderten Oeles mit Lakmuspapier.
2. I.	0,051	1,0293	Oel reagiert sauer.
6. I.	0,0465	2,3265	Oel reagiert sauer; dunkel gefärbt gibt die Urobilin-Reakt.
7. I.	0,045	0,327	Oel reagiert nicht sauer.
8. I.	0,062	1,280	Oel reagiert sauer.
9. I.	0,0451	0,364	Oel reagiert nicht sauer.
10. I.	0,0451	0,1656	" " " "
11. I.	0,0451	0,3271	" " " "

Der Stuhlgang war bei dieser Person nach Oeleinläufen ausserordentlich reichlich, das Oel stets innig mit dem Stuhl-

gange vermischt, sah nach dem Filtrieren stets dunkelbraun aus. Der therapeutische Erfolg war in diesem Falle von spastischer Koprostase ein sehr guter.

II. August Klünker. 16 J. Tischlerlehrling.

1901	Säuregehalt des Oeles vor dem Einlauf. auf 5 cem.	Säuregehalt d. Oeles nach d. Defäcation	Bemerkungen.
11. IV.	0,085	0,085	Nach Oeleinläufen erfolgte stets nur wenig Stuhlgang, meist ging das Oel zuerst allein ab.
12. IV.	0,092	0,092	
13. IV.	0,092	0,119	
14. IV.	0,093	0,146	
15. IV.	0,085	0,119	
16. IV.	0,081	0,116	
17. IV.	0,085	0,092	
18. IV.	0,085	0,099	

Diagnose: Koprostase.

III. Louise Stange. 26 J. Dienstmädchen.

1901	Säuregehalt des Oeles vor dem Einlauf. auf 5 cem.	Säuregehalt d. Oeles nach d. Defäcation	Bemerkungen.
2. I.	0,051	0,071	Das Oel war zu Anfang wenig mit dem Fäces vermischt, daher wohl auch die geringen Säurewerte, späterhin reichlicher Stuhl mit inniger Vermischung des Oeles.
3. I.	0,0479	0,056	
5. I.	0,045	0,065	
6. I.	0,045	0,047	
8. I.	0,062	0,098	
9. I.	0,044	0,048	
12. I.	0,048	0,149	
14. I.	0,0395	0,181	
15. I.	0,068	0,194	
16. I.	0,059	0,141	
17. I.	0,059	0,141	

Diagnose: Chronische Koprostase mit nervösen Beschwerden.

Die aus den vorstehenden Beobachtungen abzuleitenden Schlüsse bestätigen, dass in demselben Grade, wie in dem betreffenden Falle der Säuregehalt des aus dem Darm entleerten Oels den Säuregehalt des Oels vor der Eingiessung in den Darm übertrifft, auch die Wirkung der Klysmen eine grössere wird. Absolute Werte, d. h. solche, die für alle Fälle in gleicher Weise gültig sind, giebt es dabei natürlich nicht, weil die Stärke der abführenden Wirkung der Oelklysmen keineswegs allein von dem in dem abgehenden Oel vorhandenen vermehrten Säurequantum abhängig ist. Ich erwähne von den dabei ausserdem mitwirkenden Faktoren hier nur die Beschaffenheit der Darmmuskulatur, der Kotmassen u. s. w. Soviel scheint aber richtig zu sein, dass, solange keine Steigerung des Säuregehaltes des in dem Dickdarme verweilenden Oeles nachweisbar ist, die evakuierende Wirkung der Oelklysmen eine nur geringe ist. Auf die übrigen aus der Tabelle sich ergebenden Thatsachen brauche ich nicht näher einzugehen. Es sind oben mehrfach Fälle berichtet worden, bei welchen seifenartig aussehende Massen, die sich in Wasser bis auf wenige Reste (Kotpartikelchen) lösen und dabei Schaum bilden, in den Darmausleerungen nachweisbar sind. Dieselben schwimmen gewöhnlich auf dem aus dem Mastdarm theils allein, theils mit Kotmassen entleerten Oel. Aus den wässrigen Lösungen dieser seifenartig aussehenden, grauweiss bis gelbbraun gefärbten Massen lässt sich durch Schütteln mit Aether nach vorheriger Ansäuerung mit Salzsäure eine organische Säure extrahieren. Dieselbe hat den Geruch einer Fettsäure.

Fleiner meint, dass die Seifenbildung dann eintrete, wenn das Oel im Dickdarm noch nicht zersetzte Galle findet. Wenn man aber die eben angeführten Arbeiten Grützners liest und die in ihnen enthaltenen, von Grützner selbst und anderen Beobachtern herrührenden Versuchsergebnisse ins Auge fasst, so wird man doch wohl zugeben müssen, dass es nicht nur möglich, sondern sogar wahrscheinlich ist, dass bei den den Menschen applicierten Oelklysmen das Oel

weit über die Ileocoecalklappe hinausdringen und mühelos dahin gelangen könne, wo es noch unzersetzte Galle antrifft. Es kann also infolge von Oelklysmen die Seifenbildung auf diese Weise schon im Dünndarm stattfinden und dass unter diesen Verhältnissen die Seifenbildung im Darm nicht allein davon abhängig ist, ob unzersetzte Galle in den Dickdarm gelangt. Es würde also, da die Seife ein die Peristaltik anregendes Mittel ist, die Steigerung der Peristaltik infolge der Oelklysmen nicht auf den Dickdarm beschränkt sein, sondern schon im Dünndarm beginnen können. Wenn nun auch die bekannte reizmildernde Wirkung des Oeles die durch die Seifenbildung bedingte Reizwirkung mildert, so lässt sich, wie ich glaube, doch schon aus den klinischen Beobachtungen soviel ableiten, dass die Oelklysmen nicht nur die peristaltische Bewegung des Dickdarmes, sondern auch des Dünndarmes anregen. Was nun von dem Einfluss der Galle auf das bei den Oelklysmen auch in den Dünndarm eindringenden Oel gesagt wurde, gilt auch vom Einflusse des pankreatischen Saftes. Auch die Einwirkung des pankreatischen Saftes auf das in den Darm eingegossene Oel ist wohl nicht allein davon abhängig, ob etwas von dem Pankreassekret in unzersetztem Zustande in den Dickdarm gelangt. Dringt das Oel, wie angegeben wurde, über die Grenzen des Dickdarmes in den Dünndarm in die Höhe, so wird es jedenfalls wie mit der Galle so auch mit dem Pankreassekret zusammentreffen, das wenigstens zum Teil noch unverändert sein dürfte. Durch die Einwirkung des Pankreasfermentes spaltet sich, wie Bernard gelehrt hat, das Fettnolekül unter Aufnahme von drei Molekülen Wasser in Glycerin und in drei Moleküle Fettsäure. Wie gross der Teil des Fettes ist, welches in dieser Weise im Darne gespalten wird, lässt sich nicht genau sagen. Er ist wahrscheinlich sehr gering ¹⁾. Immerhin werden in den auf diese Weise entstehenden Zersetzungsprodukten: dem Glycerin und den Fettsäuren die die Darmperistaltik anregenden

¹⁾ cf. O. v. Bunge, Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. 4. Aufl. Leipzig 1888, Seite 183.

Substanzen geschaffen. Von dieser Wirkung des Glycerin auf die Mastdarmschleimhaut war bereits oben (Seite 146) die Rede. Dass die Fettsäuren ebenfalls Darmreize sind, lehren die Untersuchungen von A. Bokai¹⁾. Derselbe fasst die Ergebnisse seiner in dieser Richtung angestellten Untersuchungen dahin zusammen, dass er sagt: „Die erwähnten organischen Säuren sind alle als Darmreize anzusehen und ich kann ohne jede weitere Beweisführung behaupten, dass dieselben insgesamt periphere Darmreize sind.“ Auf diese Weise wird das Oelklysmata eine weit über die Grenzen des Dickdarmes hinausgehende Reizwirkung bethätigen können. Was in dieser Weise im Dünndarm geleistet wird, kommt schliesslich auch dadurch, dass die im Dünndarm entstehenden, die Peristaltik anregenden Substanzen, also vor allem die Seifen und die Fettsäuren in den Dickdarm gelangen, der Anregung der peristaltischen (oder um mit Grützner zu reden, rechtläufigen) Bewegungen des Dickdarmes zu gute.

Manches in der klinischen Geschichte der Koprostase, wie sie sich unter dem Einflusse grosser Oelklysmen abspielt, weist darauf hin, dass dieselben, unabhängig von der durch die genannten Faktoren zustande kommenden, die Peristaltik anregenden und somit evakuierenden Wirkung auch eine den Einfluss der Darmgifte hemmende bzw. aufhebende Kraft haben. Wir beobachten nämlich, wie bereits oben hervorgehoben wurde, dass oft genug, lange bevor die Evakuierung des Darmes weit vorgeschritten oder gar abgeschlossen ist, gewisse nervöse und andere Symptome, wofür wir gewisse Darmgifte verantwortlich gemacht haben, theils geringer werden, theils gänzlich zurücktreten. In dieser Beziehung lässt sich zunächst über den Einfluss der Oelklysmen auf die bei der Bildung von Darmgiften wirksamen Bakterien nach meinen Kenntnissen über diesen Gegenstand etwas

¹⁾ A. Bokai, Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Darmbewegungen. Archiv für experiment. Pathologie u. s. w. Bd. 24., 1888, Seite 159.

Sicheres nicht aussagen. Dagegen mag auf die von R. Koch¹⁾ ermittelte Thatsache hingewiesen werden, dass reines Olivenöl zwar keinen Einfluss auf das Wachstum von Milzbrandbacillen hat, dass dagegen Kaliseife schon bei 1:5000 eine Behinderung und bei 1:1000 eine Aufhebung des Wachstums der Milzbrandbacillen zufolge hat, welche nach Kochs Meinung kaum anders zu erklären ist, als dass gewisse Bestandteile der Kaliseife, höchst wahrscheinlich die eine oder die andere Fettsäure, ziemlich erheblich die Entwicklung der Milzbrandbacillen hemmen. Ob überdies gewisse Substanzen unter dem Einfluss der Oelklysmen im Darm entstehen, welche die in ihm enthaltenen Gifte direkt beeinflussen, darüber vermag ich nichts auszusagen.

Was die Klysmen mit physiologischer Kochsalzlösung betrifft, so wird auch bei ihnen eine rückläufige Bewegung angenommen werden dürfen. In dieser Beziehung sind nämlich, wie Grützner (l. c.) ausdrücklich hervorhebt, seines Wissens alle Beobachter einig. Auch diejenigen, welche sich gegen seine anderen, bereits erwähnten Behauptungen ausgesprochen haben, stimmen darin mit Grützner überein, dass physiologische Kochsalzlösung, bezw. kleine Körperchen, welche mit ihr durchtränkt und in ihr aufgeschwemmt sind, von dem Mastdarm aus bis zur Valvula coli rückläufig bewegt werden können. Ich meine aber, dass man auch überdies mit Grützner annehmen darf, dass auch die physiologische Kochsalzlösung in der Valvula coli kein absolutes, sondern nur ein relatives Hindernis findet. Die eben angeführten Verhältnisse dürften für das Verständnis der Wirkung der Klysmen mit physiologischer Kochsalzlösung immerhin von Bedeutung sein.

¹⁾ R. Koch, Ueber Desinfektion. Mitteil. aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt, Band I, S. 234. Berlin 1881.

Alphabetisches Sachregister.

- Abführmittel 122. 162.
Acute Krankheiten, Constipation nach denselben 99.
Adhaesiones periton. inferiores 47. 101. 109.
Adstrictio alvi 4.
Aetiologie, allgemeine 7. 108.
Aftertenesmus 21.
Albuminurie 86. 199.
Aloe 129.
Alvi segnitias 4.
Alvus pigra et segnis 4.
Anaemien 81.
Angina pectoris 66. 239.
Anales 94.
Anorexia nervosa 61.
Antiperistaltik 246.
Anus, Fissuren am 20.
Äpfel 125.
Appendicitis 48. 181.
Appetitlosigkeit 60.
Arrhythmie 67.
Ausgänge 102.
Bakterien im Darm 26. 254.
Basedow'sche Krankheit 66.
Bauch, Palpation 32. 160.
Bauchpresse 17.
Bauch, Meteorismus int. bei dem 28.
Bauchmuskeln, Diastase der 18.
Bauchuntersuchung 31.
Behandlung 114, elektrische 176.
Belladonna 183.
Bergsteigen 178.
Bitterwässer 129.
Blähungen 30.
Bleikolik 12. 28. 143.
Blinddarm 44.
Borborygmi 30.
Bradykardie 66.
Brom 190.
Bronchialasthma 80. 227.
Brunnenwasser 126.
Brustorgane bei Meteorismus intestin. 27.
Butter 118.
Calomel 162. 163.
Carlsbader Salz 129.
Chlorose 81.
Cholelithiasis 167.
Chrysophansäure 129.
Cigarre 126.
Coccygodynie 78.
Coecum, Lage desselben 40.
Colitis ulcerosa 44. 49.
— mucosa cf. Enteritis mucosa.
Colon transversum, Lage dess. 40.
Constipatio 4, Einteilung derselben. — begünstigende Momente 99. — myogenita s. mulierum chronica 17, (Behandlung) 180.
Costiveness 5.
Cylindrurie 86. 199.
Darm, angebor. Anomalie 211.
Darmbewegung, rückläufige 247.
Darmblutungen 49.
Darmgeräusche 30. 60.
Darmgeschwüre 46.
Darmgifte 26. 46. 54. 67. 96. 254.
Darmhypocondrie 75.
Darmkatarrh, chron. 10.
Darm, Lageverhältnisse dess. 38.
Darmriss 171.
Darmsymptome bei habit. Darmträgheit und chron. Constip. 14.
Dauer 97.
Defaecation, Schmerzen dabei 20.
Diagnose 104.
Diät, vegetarische 194.
Diastase der Bauchm. 18.
Druck, negativer im Darm 245.
Druckpunkte 78.
Durchfälle 23.
Dysurie 87. 199.
Eingeweidebrüche 18. 52.
Elektrische Behandlung 176.
Emodin 129.
Enteritis chronica muc. 21. 182. 207.
— fibrinosa 26.
— diphther. 26.

Epilepsie 79, 195, 225.
 Erektionen 80.
 Ernährungsstörungen 81, 191.
 Farbe alter Kotmassen 21.
 Fettleibigkeit 62, 88, 200, 214.
 Fissuren am Anus 20.
 Flexura sigmoidea 41.
 Form der Kotmassen aton., Form 20.
 — bei der spast.
 Const. 11.
 Frangula 129.
 Franklinisation 171.
 Gasentwicklung im Darm 26.
 Gelenkneuralgien 78, 224.
 Gemüse 119.
 Gicht 88, 199.
 Glottiskrampf 226.
 Glycerinklystiere und -suppositorien
 146.
 Grahambrot 123.
 Guarana 191.
 Habituelle Stuhlträghheit, Defin. der 1.
 Hämorrhoiden 8, 20, 49.
 Hängebauch 83.
 Harnorgane 83.
 Hartleibigkeit 3.
 Haustra coli 21.
 Heilgymnastik, schwedische 179.
 Heim's Abführpillen 133.
 Herzaffektionen 63, 187, 214, 238,
 239, 241, 243.
 Herzklopfen (Ursache nach Tulpus)
 65.
 Houstonische Falten 36.
 Hungerkot 21.
 Hyperacidität des Magensaftes 57.
 Hypochondrie 70, intestinale 75.
 Hysterie 70.
 Inanitionszustände 228.
 Infarctus (Kämpf) 93.
 Inspektion des Bauches 31, 160.
 Intestinale Hypochondrie 75.
 Irrigator 170.
 Ischias 192.
 Kaltwasserklysmen 151, 193.
 Kämpf's Visceralklystiere 93, 145.
 Kataplasmen 183.
 Klysmen, Geschichte derselben 137.
 Klystiere, kalte 146.
 Koliken (des Darms) 28.
 Ebstein, Stuhlverstopfung.

Kopfschmerzen 78.
 Koprostase 6, Recidive 204
 Kotlieber 45.
 Kotknoten 219.
 Kotmassen, Form ders., bei d. spast.
 Const. 11.
 — Form ders., bei der aton., Form 20.
 Kotstauungen (anat. Verh.) 21.
 Kot, verbrannter 21.
 Kopfverstopfung 3.
 Kreuzschmerzen 79.
 Kugelmassage 176.
 Kurversuche 53, 208, 236.
 Laxantien 123.
 Leistenbruch 206.
 Mac Burney's Punkt 47.
 Magenaffektionen 50, 184, 217.
 Magenausspülungen 238.
 Magengeschwür 56.
 Magenpumpe 184.
 Magensaftfluss 57, 219.
 Magenschmerzen 55, 218, 236, 258.
 Magnesia usta u. carbonica 128.
 Massage 173.
 Mastkuren 193.
 Menstruation 158, 181.
 Meteorismus intestin. 26, 68.
 — partieller 28.
 Migräne 78, 191.
 Milchdiät 194.
 Milchsucker 125.
 Milzsucht 71.
 Mineralwasser 126.
 Mischform von aton. und spast.
 Constip. 13.
 Mohnöl 153.
 Muskelaaffektion 90, 234.
 Nephritis 80, 233.
 Nephrolithiasis 86.
 Nervensystem, Störungen dess. 70,
 189.
 Nervina 190.
 Nervöse Symptome 214, 222.
 Netzbrüche 20, 206.
 Neuralgien 192, viscerale 109.
 Neurasthenie 75, 199, 220.
 Oberflächenspannung 248.
 Obstipatio 4.
 Obstructio (sc. alvi) 4.
 Oelklysmen, grosse 142.
 Oelkur 59, 155, 205, 245.

- Oelkur, Dauer ders. 165. 202.
 Oelsäuren, 248.
 Ohrenschwindel 79.
 Ol. Ricini 128. 163.
 Olivenöl 153. 255.
 Opiate 182. 190.
 Oxyuris vermicularis 82. 230.

 Palpation des Bauches 32. 160.
 Peristaltik des Darms 7. 254.
 Peritonitis circumf. chron. 9. 47.
 Perkussion des Bauches 43. 160.
 Pflanzeneiweiss 195.
 Pflaumen 125.
 Physiolog. Kochsalzlösung, Klysmen
 damit 151.
 Pilulae aperitivae Stahlii 133.
 Podophyllin 133. 135.
 Pollutionen 80.
 Priessnitzsche Umschläge 183.
 Prophylaxe 116.
 Pulvis liquor. composit. 163.
 Purgantien, salinische 129.
 Purgatin Knoll 132.

 Radfahren 178.
 Rad. Rhei 129.
 Rectum 17. 34.
 — Ausdrücken des Kots aus dems.
 147.
 — Ausräumung desselben 149.
 — Falten in demselben 36.
 — Massage desselben 149.
 — Untersuchung desselben 34.
 Regelung des Stuhlbedürfnisses 121.
 Reiten 178.
 Reizbare Schwäche 77.
 Rhamnus cathart. 129.
 Ricinipillen Boudard 163.
 Ricinusöl 128. 163.
 Rückläufige Darmbewegung 247.
 Rudern 178.

 Sagrada 129.
 Salinische Purgantien 129.
 Sauerkraut 119.
 Säuregehalt des Oels, Bestimmung
 dess. 250.
 Sehstörungen, nervöse 78.
 Seifenartig aussehende Massen in
 den Stuhlgängen 173. 239. 248.
 Senna 129.
 Spastische Constipation 10. 167. 207.

 Spinat 119.
 Sport 178.
 S.-Romanum 42.
 Schiebemittel 162.
 Schlaflosigkeit 29. 78. 190.
 Schleim in den Darmausleerungen 23.
 Schmerzen des Colon 55.
 Schmierer 40. 84.
 Schwäche, reizbare 190.
 Schwangerschaft 181.
 Schwedische Heilgymnastik 179. 186.
 Schwefel 124. 128.
 Steisshochlagerung 185.
 Stenose des Darms 11.
 Stuhlgänge, Zahl ders. 14.
 Suppositorien-Anusoli 187.
 „ Glycerin 146.

 Tabak 126.
 Tabloids 133.
 Tachykardie 66.
 Tamarindenmus 125.
 Tastpercussion 107.
 Technik der Oelklysmen 157. 171.
 Tenesmus 21.
 Terminologie 3.
 Typhlitis stercoralis 46.
 „ ulcerosa 46.
 Toxische Substanzen 92.
 Trigemimusneuralgie 193.
 Turnen 198.

 Urticaria chronica 80.
 Urolithiasis 167.
 Uterus, Verlagerung dess. 8.

 Valeriana 183. 188.
 Vasomotorische Störungen 80.
 Vegetarische Diät 194.
 Verdauungsschwäche, atonische 82.
 Verlauf 97.
 Verschlüssener Leib 3.
 Verstopfter Leib 3.
 Viscerale Neuralgien 109.

 Wandermiere 83. 196.
 — Bandagen 196.
 Wasserklysmen 151. 193. 255.

 Zimmergymnastik (Schreiber) 179.
 Zuckerkrankheit 88. 200.
 Zusätze zu Klysmen (Pfefferminz-,
 Kamillen-, Baldrianthee, Ol. Ri-
 cini, Ol. Croton.) 153.





